



FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA
INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES

PROGRAMA DE DOCTORADO

“AVANCES Y NUEVAS ESTRATEGIAS EN CIENCIAS FORENSES”

**Evaluación de la cultura de seguridad del paciente
en médicos residentes de la especialidad de
Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia**

Manuel Portela Romero

Memoria para optar al Grado de Doctor

Santiago de Compostela, Septiembre de 2017





Doña María Sol Rodríguez Calvo, Catedrática de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Santiago de Compostela y Don Rosendo Bugarín González, Profesor de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lugo de la Universidad de Santiago de Compostela

Informan:

Que la presente memoria, titulada “*Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia*”, que presenta el Licenciado en Medicina y Cirugía Manuel Portela Romero, ha sido realizada bajo nuestra dirección en el Instituto de Medicina Legal de la Facultad de Medicina y, a nuestro juicio, reúne todos los requisitos exigidos por la normativa vigente para ser presentada y juzgada por el tribunal correspondiente.

Y para que así conste, firman el presente informe en Santiago de Compostela a 14 de Septiembre de 2017

Fdo. María Sol Rodríguez Calvo

Fdo. Rosendo Bugarín González



AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a la Prof.^a Dra María Sol Rodríguez Calvo, por haber aceptado dirigir esta Tesis, por su dedicación y consejos, y a la que siempre le tendré admiración.

A mi amigo el Dr. Rosendo Bugarín González, codirector de la Tesis, sin su apoyo no hubiera podido realizarla.

Al Prof. Dr. Arturo González Quintela, por lo mucho que aprendí en los cursos de doctorado por él impartidos y por haber dirigido mi trabajo para la obtención del Diploma de Estudios Avanzados.

A los jefes de estudios y a los médicos residentes de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia, sin su colaboración y respuesta no hubiese sido posible este trabajo.





A mi mujer, Alicia.

A mi hija, Lidia.

A la memoria de mis padres, Lidia y Manuel.





Índice de contenidos.

ÍNDICE DE TABLAS.	13
ÍNDICE DE GRÁFICOS.	15
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.	25
1. INTRODUCCIÓN.	27
1.1. Seguridad del paciente.	31
1.2. Seguridad del paciente y calidad asistencial.	41
1.3. Bioética y seguridad del paciente.	47
1.4. Teoría del error humano.	58
1.5. Formación médica y seguridad del paciente.	66
1.6. Estudios de seguridad del paciente.	73
1.6.1. Estudios de seguridad del paciente: EEUU y Canadá.	75
1.6.2. Estudios de seguridad del paciente: Australia y Nueva Zelanda.	78
1.6.3. Estudios de seguridad del paciente: Europa.	80
1.6.4. Estudios de seguridad del paciente: América Latina.	84
1.6.5. Estudios de seguridad del paciente en España.	85
1.6.5.1. Estudio ENEAS.	85
1.6.5.2. Estudio APEAS.	87
1.7. Cultura de seguridad.	90
1.8. Evaluación de la Cultura de Seguridad.	96
1.8.1. Cuestionarios para la evaluación de la Cultura de Seguridad.	100
1.8.2. Características del cuestionario MOSPSC.	103
1.8.3. Evaluación de la Cultura de Seguridad en España.	106
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS.	113
2.1. Objetivo general.	114
2.2. Objetivos específicos.	114
3. MATERIAL Y MÉTODOS.	115
3.1. Diseño del estudio.	115
3.2. Material.	115
3.3. Población de estudio.	116
3.3.1. Población de referencia.	116
3.3.2. Población elegible.	116
3.4. Variables de estudio.	116
3.4.1. Variables universales y otras variables descriptivas del entorno de trabajo de la población muestral.	116
3.4.2. Variables sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.	116
3.5. Distribución del cuestionario y recogida de la información.	117
3.6. Aspectos ético-legales.	117
3.7. Análisis estadístico.	118
3.7.1. Volcado y tratamiento de la información de los cuestionarios.	118

3.7.2. Análisis de las características métricas del cuestionario.	118
3.7.3. Puntuación y valoración de las categorías de respuesta.	118
3.7.4. Análisis descriptivo.	119
3.7.5. Metodología AHRQ para la lectura y valoración de la distribución de frecuencias.	120
3.7.6. Medición de la cultura de seguridad del paciente.	121
3.7.7. Relación de la cultura de los profesionales con otras variables.	121
4. RESULTADOS.	123
4.1. Características de los participantes y consistencia interna del cuestionario.	123
4.2. Distribución de frecuencias y valoración mediante la metodología AHRQ.	125
4.3. Cultura de seguridad del paciente según la valoración media de cada variable.	144
4.3.1. Resultados globales y por dimensiones.	144
4.3.2. Resultados según las características de los participantes.	148
4.3.2.1. Sexo.	148
4.3.2.2. Edad.	156
4.3.2.3. Año de residencia.	191
4.3.2.4. Cupo de pacientes.	240
4.3.2.5. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.	245
5. DISCUSIÓN.	271
5.1. Características de los participantes y consistencia interna del cuestionario.	271
5.2. Valoración de las respuestas mediante la metodología AHRQ.	273
5.3. Cultura de seguridad del paciente según la valoración media de cada variable.	275
5.3.1. Resultados globales y por dimensiones.	275
5.3.2. Resultados según las características de los participantes.	276
5.3.2.1. Diferencias según el sexo.	276
5.3.2.2. Diferencias según el grupo etario.	279
5.3.2.3. Diferencias según el año de residencia.	282
5.3.2.4. Diferencias según el tamaño de cupo de pacientes.	287
5.3.2.5. Diferencias según la Unidad Docente.	288
5.4. Propuestas para mejorar la Cultura de seguridad del paciente.	289
5.5. Limitaciones del estudio.	294
6. CONCLUSIONES.	297
7. DIFUSIÓN DE RESULTADOS. PUBLICACIONES DERIVADAS DEL ESTUDIO.	299
8. ANEXOS.	301
8.1. Anexo 1: Cuestionario MOSPSC. Versión española.	301
8.2. Anexo 2: Carta de presentación.	315
8.3. Anexo 3: Dictamen del Comité de Ética.	317
8.4. Anexo 4: Tabla de frecuencias de las respuestas al cuestionario MOSPSC.	318
8.5. Anexo 5: Resultados (% de respuestas positivas de cada variable) comparados con la encuesta del SNS realizada en AP.	341
8.6. Anexo 6: Valores medios de las dimensiones por tramos etarios.	352

8.7. Anexo 7: Valores medios de cada dimensión desagregados por año de residencia.	359
8.8. Anexo 8: Valores medios de cada dimensión desagregados por UDMFYC.	365
8.9. Anexo 9: Porcentaje de encuestados que muestran una “percepción positiva” en las diferentes dimensiones estudiadas desagregadas por la UDMFYC.	375
8.10. Anexo 10: Porcentaje de encuestados que muestran una “percepción claramente positiva” en las diferentes dimensiones estudiadas desagregadas por la UDMFYC.	393
8.11. Anexo 11: Artículo “La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia”.	411
8.12. Anexo 12: Artículo “Error humano, seguridad del paciente y formación médica”.	419

8. BIBLIOGRAFÍA. 433





Índice de tablas.

Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial.....	43
Tabla 2. Estudios internacionales de incidencia de eventos adversos a nivel hospitalario.....	74
Tabla 3. Incidencia de eventos adversos. Estudio ENEAS.....	86
Tabla 4. Características de los eventos adversos. Estudio ENEAS.....	87
Tabla 5. Cuestionario MOSPCS de la AHRQ.....	105
Tabla 6. Correspondencia entre las dimensiones del cuestionario MOSPSC de la AHRQ y la versión española validada.....	105
Tabla 7. Características de los médicos residentes encuestados.....	123
Tabla 8. Esquema del cuestionario MOSPSC en su versión adaptada española con el coeficiente de Cronbach de cada dimensión.....	125
Tabla 9. Valoración de cada dimensión de acuerdo con la metodología AHQR.....	127
Tabla 10. Puntuación media de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.....	145
Tabla 11. Porcentaje de personas con "percepción positiva" y "claramente positiva" de cada una de las dimensiones y del ISSP del cuestionario en el total de la muestra.....	147
Tabla 12. Puntuación media de cada una de las dimensiones del cuestionario. Datos desagregados por sexo.....	149
Tabla 13. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de sexo.....	150
Tabla 14. Porcentaje de personas con "percepción positiva". Datos desagregados por sexo.....	152
Tabla 15. Porcentaje de personas con "percepción claramente positiva". Datos desagregados por sexo.....	153
Tabla 16. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de sexo.....	154
Tabla 17. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de sexo.....	155
Tabla 18. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de tramos etarios.....	158
Tabla 19. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción positiva". Datos desagregados por tramos etarios.....	168
Tabla 20. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de tramos etarios.....	170
Tabla 21. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Formación del personal no sanitario".....	174
Tabla 22. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción claramente positiva". Datos desagregados por tramos etarios.....	180
Tabla 23. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de tramos etarios.....	182
Tabla 24. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Formación del personal sanitario".....	186

Tabla 25. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de año de residencia.	193
Tabla 26. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Formación del personal sanitario".	198
Tabla 27. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Procedimientos establecidos en el centro".	200
Tabla 28. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)".	209
Tabla 29. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción positiva". Datos desagregados por año de residencia.	211
Tabla 30. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de año de residencia.	213
Tabla 31. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción claramente positiva". Datos desagregados por año de residencia.	221
Tabla 32. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de año de residencia.	222
Tabla 33. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Trabajo en equipo".	225
Tabla 34. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad".	237
Tabla 35. Puntuación media de cada una de las dimensiones del cuestionario y del ISSP. Datos desagregados por tamaño del cupo de paciente.	241
Tabla 36. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías del cupo de pacientes.	242
Tabla 37. Contraste de hipótesis: la distribución de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de cupo de pacientes.	243
Tabla 38. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de cupo de pacientes.	244
Tabla 39. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de UDMFYC.	246
Tabla 40. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Trabajo en equipo".	249
Tabla 41. Contraste de hipótesis: la distribución de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de UDMFYC.	252
Tabla 42. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios".	254
Tabla 43. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad".	257
Tabla 44. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de UDMFYC.	260
Tabla 45. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Comunicación franca".	264
Tabla 46. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Seguimiento a la atención a los pacientes".	266

Índice de gráficos.

Gráfico 1. Modelo de “queso suizo” de génesis de errores.....	62
Gráfico 3. intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	130
Gráfico 4. Trabajo en equipo	131
Gráfico 5. Ritmo y carga de trabajo	132
Gráfico 6. Formación del personal no sanitario.....	133
Gráfico 7. Formación del personal sanitario.....	134
Gráfico 8. Procedimientos establecidos en el centro	135
Gráfico 9. Procedimientos establecidos profesional sanitario	136
Gráfico 10. Comunicación franca.....	137
Gráfico 11. Seguimiento de la atención a los pacientes	138
Gráfico 12. Comunicación sobre el error. Personal no sanitario.....	139
Gráfico 13. Comunicación sobre el error. Personal sanitario	140
Gráfico 14. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	141
Gráfico 15. Aprendizaje organizacional	142
Gráfico 16. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	143
Gráfico 17. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable Independiente: Tramos etarios.	160
Gráfico 18. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	161
Gráfico 19. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	162
Gráfico 20. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	163
Gráfico 21. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.	164
Gráfico 22. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	165
Gráfico 23. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	166
Gráfico 24. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	167
Gráfico 25. Percepción Positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.....	172
Gráfico 26. Percepción Positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.....	173
Gráfico 27. Percepción Positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.....	175
Gráfico 28. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.....	176
Gráfico 29. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.....	177

Gráfico 30. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.	178
Gráfico 31. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	179
Gráfico 32. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	183
Gráfico 33. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	184
Gráfico 34. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	185
Gráfico 35. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	187
Gráfico 36. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	188
Gráfico 37. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.	189
Gráfico 38. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.	190
Gráfico 39. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Aspectos relacionados con la seguridad del pacientes y la calidad.	194
Gráfico 40. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	195
Gráfico 41. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	196
Gráfico 42. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	197
Gráfico 43. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	198
Gráfico 44. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	199
Gráfico 45. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios.	200
Gráfico 46. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	201
Gráfico 47. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	202

Gráfico 48. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	203
Gráfico 49. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	204
Gráfico 50. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.	205
Gráfico 51. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	206
Gráfico 52. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.	207
Gráfico 53. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	208
Gráfico 54. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	209
Gráfico 55. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	210
Gráfico 56. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	214
Gráfico 57. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	215
Gráfico 58. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	216
Gráfico 59. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	217
Gráfico 60. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del pacientes y la calidad.	218
Gráfico 61. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	219
Gráfico 62. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	220
Gráfico 63. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.	223
Gráfico 64. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	224
Gráfico 65. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	225

Gráfico 66. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	226
Gráfico 67. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	227
Gráfico 68. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	228
Gráfico 69. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios.	229
Gráfico 70. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	230
Gráfico 71. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	231
Gráfico 72. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	232
Gráfico 73. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	233
Gráfico 74. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.	234
Gráfico 75. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	235
Gráfico 76. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del pacientes y la calidad.	236
Gráfico 77. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.	237
Gráfico 78. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	238
Gráfico 79. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.	239
Gráfico 80. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC.	248
Gráfico 81. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.	250
Gráfico 82. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios.	253

Gráfico 83. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.....	255
Gráfico 84. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.....	256
Gráfico 85. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.....	261
Gráfico 86. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.....	262
Gráfico 87. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC.....	263
Gráfico 88. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC.....	265
Gráfico 89. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Aprendizaje organizacional.....	267
Gráfico 90. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.....	268
Gráfico 91. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Puntuaciones globales en seguridad del paciente.....	269
Gráfico 92. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Puntuaciones ISSP.....	270



Resumen

En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la seguridad del paciente en Atención Primaria es un problema global que precisa soluciones locales y sostenibles, recomendando la medición de la cultura de seguridad del paciente (CSP) como una de las primeras medidas a realizar.

Objetivo: Determinar la percepción que tienen los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) sobre las diferentes dimensiones de la cultura de seguridad del paciente para identificar posibles áreas de mejora.

Diseño: Estudio transversal descriptivo por encuesta.

Emplazamiento: Las 7 unidades docentes de MFyC de Galicia.

Participantes: Se incluyó a 182 médicos residentes de MFyC que contestaron el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture.

Mediciones: Se eligió el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture porque está traducido, validado y adaptado al modelo de atención primaria español. Los resultados se agruparon en las 12 dimensiones que evalúa dicho cuestionario. Las variables del estudio fueron las dimensiones del cuestionario y las variables sociodemográficas/laborales de los profesionales: edad, sexo, año de residencia y unidades docentes de MFyC.

Resultados: Las dimensiones «Aprendizaje organizacional» y «Trabajo en equipo» se consideraron áreas fuertes. En cambio, las dimensiones «Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad», «Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales» y «Ritmo y carga de trabajo» se consideraron áreas con un importante potencial de mejora.

Los residentes de primer año obtuvieron los mejores resultados y los de cuarto, los peores.

Conclusiones: Los resultados nos indican la necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil cultura de seguridad del paciente que se describe en este estudio.

Palabras clave: Cultura de seguridad, Seguridad del paciente, Medicina Familiar y Comunitaria.



Abstract

In 2012, the World Health Organization (WHO) stated that patient safety in Primary Care is a global problem that requires local and sustainable solutions, recommending the measurement of the patient safety culture as one of the first steps to be taken.

Objective: To determine the views held by Family practice (FP) residents on the different dimensions of patient safety, in order to identify potential areas for improvement.

Design: A cross-sectional study.

Location: Seven FP of Galicia teaching units.

Participants: 182 FP residents who completed the Medical Office Survey on Patient Safety Culture questionnaire.

Measurements: The Medical Office Survey on Patient Safety Culture questionnaire was chosen because it is translated, validated, and adapted to the Spanish model of Primary Care.

The results were grouped into 12 composites assessed by the mentioned questionnaire. The study variables were the socio-demographic dimensions of the questionnaire, as well as occupational/professional variables: age, gender, year of residence, and teaching unit of FP of Galicia.

Results: The “Organisational learning” and “Teamwork” items were considered strong areas.

However, the “Patient safety and quality issues”, “Information exchange with other settings”, and “Work pressure and pace” items were considered areas with significant potential for improvement. First-year residents obtained the best results and the fourth-year ones the worst.

Conclusions: The results may indicate the need to include basic knowledge on patient safety in the teaching process of FP residents in order to increase and consolidate the fragile patient safety culture described in this study.

Keywords: Safety culture, Patient safety, Family practice.



Abreviaturas y acrónimos.

AH:	Atención Hospitalaria.
AHRQ:	Agency for Healthcare and Research in Quality.
AMBEAS:	Estudio sobre la frecuencia de Eventos adversos en la atención ambulatoria en Latinoamérica.
AMSP:	Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente.
AP:	Atención Primaria.
APEAS:	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en Atención Primaria de salud.
CAES:	Canadian Adverse Events Study.
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades.
CS:	Cultura de seguridad.
CSP:	Cultura de seguridad del paciente.
CSS:	Culture of Safety Survey.
EAs:	Eventos adversos.
EEUU:	Estados Unidos de América.
ENEAS:	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos.
HMPS:	Harvard Medical Practice Study.
HSOPSC:	Hospital Survey on Patient Safety Culture.
HTSSCS:	Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey.
IAEA:	Agencia Internacional de Energía Atómica.
IBEAS:	Estudio de Prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica.
IOM:	Institute of Medicine.

ISMP:	Institute for Safe Medication Practices.
ISSP:	Índice Sintético de Seguridad del Paciente.
MaPSaF:	Manchester Patient Safety Framework.
MFyC:	Medicina Familiar y Comunitaria.
MOSPSC:	Medical Office Survey on Patient Safety Culture.
MSI:	Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument.
MSSA:	Medication Safety Self Assessments.
MSSSI:	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
PSCHO:	Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey.
QAHCS:	Quality in Australian Health Care Study.
SAQ:	Safety Attitudes Questionnaire.
SEMFyC:	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
SERGAS:	Servicio Gallego de Salud.
SiNASP:	Sistema de Notificación y Aprendizaje por la Seguridad del Paciente.
SLOAPS:	Strategies for Leadership and Organizational Approach to Patient Safety.
SNS:	Sistema Nacional de Salud.
SP:	Seguridad del paciente.
UCMPS:	Utah and Colorado Medical Practice Study.
UDMFyC:	Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria.
VHA PSCQ:	Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire.

1. Introducción.

“Opheléin e me bláptein” (*Ayudar o por lo menos no perjudicar*)

Hipócrates de Cos. S.V a.C

“Primum non nocere”

Tradicionalmente atribuido a Hipócrates de Cos. S.V a.C.*

“Error es humano. Ocultar los errores es inaceptable. No aprender de ellos no tiene perdón”

Sir Liam Donaldson, Presidente de la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes, Washington 27 octubre 2004.

Las citas referidas, enunciadas con 25 siglos de diferencia, son indicativas de que la preocupación por la seguridad del paciente (SP) no es nueva en el ámbito sanitario. El principio hipocrático “primum non nocere” (lo primero es no hacer daño) indica que, desde sus orígenes, la medicina, que ha evolucionado hasta los modelos actualmente conocidos, tiene como principio elemental no causar daño por sí misma, reconociendo implícitamente la posibilidad de que las actuaciones asistenciales produzcan consecuencias indeseables derivadas de los propios actos clínicos.

A pesar de que el primer punto de encuentro del paciente con el sistema sanitario es la Atención Primaria¹ (AP), los estudios centrados en la SP realizados en este nivel asistencial han sido escasos² si los comparamos con el medio hospitalario o las urgencias médicas. La AP de Salud es el nivel asistencial más frecuentado por la población, y presenta unas características

* Esta expresión es utilizada en ámbitos médicos desde al menos el año 1860. El origen de la frase no es conocido con certeza; en contra de una extendida creencia, la locución no se encuentra en las versiones del Juramento Hipocrático, si bien se le atribuye al mismo Hipócrates; se ha descrito como una paráfrasis latina de Galeno de un aforismo hipocrático.

particulares y específicas derivadas, ya que su actividad asistencial abarca un amplio espectro de síntomas y signos, desde los más leves, incipientes, autolimitados e inespecíficos, hasta crónicos y de carácter grave o urgente. Además, la prestación de los servicios sanitarios en AP habitualmente comprende múltiples visitas, se realiza en entornos y ámbitos diversos, y hay una gran variedad en cuanto a la forma en que se proporciona la asistencia (consulta presencial, telefónica, domiciliaria y e-consultas con el medio hospitalario³).

La incorporación a AP de nuevas pruebas diagnósticas, terapéuticas y el traslado de determinados cuidados, que antes eran prestados en los centros hospitalarios, al domicilio del paciente, pueden hacer aumentar las situaciones de potencial riesgo para el paciente⁴, más aún con las deficiencias que puedan existir en la comunicación entre niveles y en la continuidad asistencial que existen en los sistemas sanitarios⁵.

Las evidencias encontradas y las conclusiones de los investigadores que han estudiado organizaciones con tradición en una cultura de seguridad, como la aviación o la industria química, señalan que ésta es uno de los aspectos críticos para mejorar la seguridad de sus procesos⁶. Una cultura positiva sobre la SP en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse⁷. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la SP ha sido señalada como la primera de las “30 buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la SP en el informe publicado el 2003 por el *National Quality Forum* de los Estados Unidos⁸ que, en su

actualización del 2007⁹, indica que la medición de la cultura de seguridad, el feed-back de los resultados y las intervenciones consecuentes son los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

En la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2002 se expuso el alto coste de los eventos adversos (EAs), que tienen un impacto negativo en la calidad de la atención sanitaria y su repercusión en términos materiales, pero también se propusieron oportunidades para los servicios de salud y de vigilancia para definir normas y patrones e impulsar la investigación y mantenimiento del bienestar de los pacientes¹⁰. Tras dicha asamblea, la OMS creó, en octubre de 2004, la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente* (AMSP), con el propósito de coordinar y difundir mejoras en materia de SP en todo el mundo, propiciando la colaboración internacional y la acción tanto de los estados miembros como de expertos y grupos de profesionales y usuarios¹¹.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que a diario se cometen errores en la atención de los pacientes, tanto en el campo asistencial como en el administrativo, pudiendo generar EAs con daños permanentes o letales¹². En España, en el ámbito hospitalario, el estudio ENEAS realizado en 2005 determinó la incidencia de EAs en pacientes hospitalizados¹³. En este estudio la incidencia de EAs relacionados con la asistencia sanitaria hospitalaria se situó en el 9,3%, de los cuales se consideró que un 43% serían evitables.

En el ámbito de la AP, Borrel-Carrió *et al.* publicaron, en el año 2006, un estudio¹⁴ realizado mediante encuesta postal personalizada y anónima a 717 médicos titulares de los 61 equipos de AP de la Región Sanitaria *Costa de Ponent* de Cataluña (que da cobertura sanitaria a 1.221.000 habitantes). Este

estudio no mide cultura de seguridad, sino que describe la subjetividad del error desde la perspectiva del médico, poniendo de relieve que los médicos perciben los errores clínicos y los EAs como sucesos relativamente frecuentes, ya que, considerados globalmente, cada médico se había visto involucrado en 10,6 EAs/año. Sin embargo, una tercera parte de ellos declaró no haber cometido nunca un error.

En 2008, el estudio APEAS, publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), abordó el análisis y la frecuencia de los EA en AP en nuestro país¹⁵. La incidencia de EAs relacionados con la asistencia sanitaria en AP se situó en el 11,18%, de los cuales se consideró que un 70,2 % serían evitables.

En 2012, el grupo de expertos de SP en atención ambulatoria de la OMS declaró que la SP en AP es un problema global que conviene conocer y que se precisa poner en práctica y difundir soluciones locales y sostenibles¹⁶. Una adecuada cultura de SP fue la primera recomendación para mejorar la misma¹⁷. Es por estos motivos que hay voces dentro del ámbito de la AP¹⁸ que reclaman que la SP debe tener una consideración semejante a la de las áreas de competencias esenciales que deben adquirir los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC)^{19, 20}.

1.1. Seguridad del paciente.

“Puede resultar sorprendente que lo primero que haya que pedirle a un hospital es que no cause ningún daño²¹”.

Florence Nightingale (1820-1910).

Enfermera, escritora y estadística británica, considerada pionera de la enfermería moderna.

La complejidad y especialización de la atención sanitaria actual con su combinación de mejoras tecnológicas, procesos e interacciones humanas ha significado un importante beneficio para los pacientes. Sin embargo, ha supuesto también una mayor probabilidad de ocasionar EAs^{22,23}.

La OMS define la SP como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria²⁴. En esta definición, el concepto de “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención, frente al riesgo de no tratamiento o de recibir otro tratamiento alternativo.

La magnitud del problema de la SP a nivel hospitalario se puso de manifiesto en 1991 con la publicación de los resultados del *Harvard Medical Practice Study*^{25, 26}, donde se investigó de manera sistemática la frecuencia de los daños sufridos por los pacientes como resultado de un tratamiento médico en los hospitales estadounidenses. La incidencia estimada de EAs fue del 3,7% del total de ingresos, y el 13,6% de estos eventos evolucionaron provocando la muerte del paciente. Los investigadores encontraron que más de la mitad de los EAs se podrían haber evitado.

En 1999, se publicó el informe *To err is human: building a safer health system* del Institute of Medicine (IOM) de la National Academy of Sciences de los

Estados Unidos²⁷, en el que se concluía que entre 44.000 y 98.000 estadounidenses morían al año víctimas de los errores médicos (lo que suponía la octava causa de muerte). En 2014, se publicó un estudio observacional que estimaba que los errores diagnósticos afectaban al menos a 1 de cada 20 adultos en los Estados Unidos²⁸. En otras palabras, se llegaba a la conclusión de que la actividad asistencial no es una práctica infalible, muy a pesar del paradigma de la Medicina Basada de la Evidencia.

Este problema, los riesgos para el paciente de la actividad asistencial, no era nuevo. A mediados del siglo XIX, se desconocían los principios epidemiológicos de la transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, por lo que se producían con frecuencia epidemias de infecciones nosocomiales en los hospitales de la época, como fue el famoso caso de la fiebre puerperal en el Hospital General de Viena. En 1846, el médico húngaro Ignaz Semmelweis observó que las mujeres asistidas en el parto en la Sala 1 de la Clínica Obstétrica, en el Hospital General de Viena, tenían una tasa más alta de mortalidad que las que parían en la Sala 2 de la misma clínica²⁹. Semmelweis comprobó mediante un estudio epidemiológico observacional que la mortalidad por sepsis puerperal era del 18% en la Sala 1, frente al 3% en la Sala 2. Tras estudiar las diferentes circunstancias, Semmelweis llegó a la conclusión de que solo existía una diferencia clave: en la Sala 1 las mujeres eran atendidas por médicos y estudiantes de medicina y en la Sala 2 sólo por matronas. Los médicos y estudiantes trabajaban por la mañana en la sala de autopsias y después atendían a las mujeres parturientas, en cambio las matronas solo trabajaban en las salas de partos. Semmelweis postuló que existía una "materia cadavérica" que era transportada por las manos de los médicos y

estudiantes que atendían a las mujeres de la Sala 1 y que generaba en ellas las infecciones postparto³⁰. Semmelweis comprobó su hipótesis obligando a que antes del parto todas las personas que participaran en él se lavaran las manos con soluciones cloradas³¹. Joseph Skoda, profesor de Clínica Médica de la Escuela Moderna de Medicina de Viena, estudió la incidencia de muerte por fiebre puerperal en la unidad obstétrica en la que trabajaba Semmelweis³². Los datos se hicieron públicos en la Sociedad Médica de Viena: en el año 1845 se registraron 3.255 partos y 241 muertes puerperales; en 1846 hubo 3.354 partos y 459 muertes y durante el año 1848, en pleno auge de la campaña de antisepsia fomentada por Semmelweis, perdieron la vida 45 mujeres en 3.556 partos asistidos³³, lo que representa una reducción de la mortalidad materna a menos de un 2%.

A pesar de la contundencia de los resultados, las propuestas de lavado de manos de Semmelweis fueron rechazadas durante años por la comunidad científica.

Es en 1879 cuando Pasteur identifica al *Streptococcus pyogenes* como el agente causal de la fiebre puerperal^{34, 35} y reconoce que "es el médico y sus ayudantes quienes llevan los microbios de una persona infectada a otra sana"³⁶.

Después de más de siglo y medio de las propuestas de Semmelweis, la higiene de manos es considerada la piedra angular en la prevención de las infecciones hospitalarias. En 2005, la OMS puso en marcha dentro del programa "Una atención limpia es una atención más segura" la campaña mundial "Salve vidas: límpiese las manos", destinada a mejorar las prácticas de higiene de las manos del personal sanitario³⁷.

En 1854, durante la Guerra de Crimea, Florence Nightingale recogió datos sobre la mortalidad de los soldados, y percibió que muchos de ellos estaban muriendo por complicaciones patológicas prevenibles adquiridas en el hospital, con una tasa de mortalidad más alta que la de los soldados en el campo de batalla³⁸. Después de introducir medidas para mejorar la higiene y la estandarización de los cuidados de salud de los heridos, Nightingale logró reducir la tasa de mortalidad de los soldados ingresados en el hospital^{39, 40}.

A principios del siglo XX, Richard Cabot, médico de Harvard, realizó 3.000 autopsias y comparó los resultados de las mismas con el historial clínico de los pacientes⁴¹. Basándose en esta experiencia publicó dos estudios en relación a los problemas de los sistemas sanitarios que llevaban a cometer errores médicos^{42, 43}. Los informes y tesis de Cabot fueron durante rechazadas por la sociedad médica americana de la época⁴⁴.

Desde el final de la Segunda Guerra mundial, y especialmente desde finales de los años 70, los medios de comunicación norteamericanos se fueron haciendo eco periódicamente de este problema⁴⁵, pero es la publicación del referido informe del IOM el que provocó que la preocupación por la SP y la implantación de una cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias pasara de ser, en poco más de una década, una cuestión de carácter marginal e ignorada a convertirse en un elemento emergente en la gestión sanitaria, con el impulso de iniciativas orientadas a investigar, detectar y paliar este problema.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados, como han mostrado diversos estudios epidemiológicos realizados a nivel internacional^{46, 47}. No debe olvidarse que a las consecuencias

personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que añadir también el elevado impacto económico y social de los mismos^{48, 49, 50, 51}.

La SP ha sido desarrollada en varios países, como el Reino Unido (*An Organization With a Memory*⁵², 2000), Suiza (*Towards a Safe Healthcare System*⁵³, 2001), Canadá (*Building a Safer System: A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care*⁵⁴, 2002), Australia (*Australian Safety and Quality Goals for Health Care*⁵⁵, 2011), España (Estrategia en seguridad del paciente⁵⁶, 2006), entre otros.

A nivel mundial, la Asamblea de la OMS, en el año 2002, adoptó una resolución solicitando a los países miembros que prestaran especial atención al problema de la SP y, en octubre de 2004, crea la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente (AMPS)⁵⁷, con el lema “*first do no harm*” (primero no dañar, es decir, la máxima hipocrática *Primum non nocere*) para reducir los accidentes y el riesgo de errores en los Sistemas de Salud.

La AMPS comenzó su desarrollo centrándose en seis esferas de actividades principales en las que ha trabajado durante estos años:

- **Reto Mundial por la SP:** Consiste en seleccionar un tema concreto a fin de establecer un programa de acción bienal que aborde una esfera de riesgo que revista importancia para todos los países. El primer Reto Mundial que se eligió fue el que plantean las infecciones asociadas a la atención de salud, con el lema “Una atención limpia es una atención más segura”⁵⁸. Se centra en ámbitos como las prácticas de inyección y la inmunización, la seguridad de los hemoderivados, el establecimiento de procedimientos clínicos más seguros, y el agua y el saneamiento. El segundo reto seleccionado fue la seguridad en las prácticas quirúrgicas

y su lema “Una cirugía segura salva vidas”⁵⁹ pretende promover prácticas seguras en cirugía tales como el uso del listado de verificación quirúrgica para cirugía mayor. El tercer reto escogido por la AMSP ha sido el problema de las resistencias antimicrobianas⁶⁰ ante la amenaza creciente que estas suponen para la SP.

- **Pacientes por la SP**⁶¹. Tiene por objeto establecer una red mundial de pacientes y organizaciones de pacientes dirigida por ellos mismos para velar por su seguridad a escala regional y nacional.
- **Taxonomía de efectos adversos**. Desde el inicio se han utilizado muchos términos y definiciones para describir los problemas relacionados con la SP. Esas variaciones entorpecen los esfuerzos para extraer enseñanzas de los datos disponibles, ya se refieran al ámbito nacional o a diversos países. Por ello, los esfuerzos empleados para conseguir armonizar los conceptos clave, principios, normas y términos sobre SP se plasmaron en un informe final publicado en 2009⁶².
- **Investigación en SP**⁶³. La Alianza puso en marcha un importante proyecto de investigación para comprender los tipos de daño que sufren los pacientes en países en desarrollo, como en los países con economías en transición, y elaborar instrumentos de medición que puedan utilizar los Estados Miembros. Así, se ha elaborado una lista de prioridades en investigación que indican las áreas donde hay lagunas de conocimiento y donde se espera que con la investigación se pueda contribuir a mejorar la SP y a reducir el daño. En el área de trabajo de metodología y mediciones, se publicó en 2008 una revisión específica para AP⁶⁴ por parte del grupo de trabajo de la Alianza que se encarga de

este tema. La revisión pone de manifiesto que la investigación sobre SP en AP se encuentra en un estadio incipiente y con esfuerzos centrados más en describir el ambiente de seguridad que en la evaluación de intervenciones para su mejora. Identificar y medir los daños debidos a los incidentes producidos en el primer nivel asistencial es una necesidad y una oportunidad para la investigación. Previamente, son necesarios esfuerzos para unificar criterios sobre la medición de la seguridad y de los resultados del cuidado inseguro.

- **Soluciones:** Son intervenciones y medidas destinadas a evitar la repetición de problemas relacionados con la SP. La *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* y la *Joint Commission International* fueron designadas para desempeñar conjuntamente la función de centro colaborador de la OMS con el objetivo de promover y formular soluciones en materia de SP. Como resultado de esta colaboración se lanzan las “nueve soluciones para la SP” en 2007⁶⁵.

Estas soluciones se centran en los siguientes aspectos:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecidos.
2. Identificación de pacientes.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto.
5. Control de las soluciones concentradas de electrolitos.
6. Asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales.
7. Evitar los errores de conexión de catéteres y tubos.

8. Usar una sola vez los dispositivos de inyección.
 9. Mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención de salud.
- **Sistemas de notificación y aprendizaje:** La OMS elaboró en el 2007 unas directrices sobre los sistemas de notificación y aprendizaje de los EAs⁶⁶. Estas directrices indican que:
 1. El objetivo primero de un sistema de notificación es potenciar la SP aprendiendo de los incidentes y de los errores cometidos.
 2. La notificación y la recogida de datos sobre incidentes solamente tiene sentido si los datos se analizan y se evalúan y si se da información de retorno a los profesionales implicados en el incidente, así como a cualquier otra persona que pueda aprender de este.
 3. El objetivo de los sistemas de notificación de incidentes no es identificar y sancionar a los miembros del personal que hayan estado implicados en incidentes de SP.
 4. La notificación de incidentes la pueden realizar los profesionales sanitarios, los pacientes, sus familiares y otros cuidadores o proveedores informales.

En este contexto, el MSSSI de España, de acuerdo con lo que establece la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha situado la SP en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad⁶⁷, quedando reflejado en la estrategia número 8 del Plan de Calidad para el SNS⁶⁸, que se viene desarrollando desde el 2005 en coordinación con las Comunidades Autónomas.

El objetivo general de la Estrategia en Seguridad del Paciente es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. Como objetivos específicos, que son reflejo de los objetivos propuestos en el Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, destacan:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de SP entre los profesionales y los pacientes en cualquier nivel de atención sanitaria. Este objetivo implica el desarrollo de acciones para mejorar la información y formación sobre seguridad de los profesionales, pacientes y ciudadanos.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de EAs para el aprendizaje.
- Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS.
- Promover la investigación en SP.
- Promover la participación de pacientes y ciudadanos en las políticas que se desarrollan en SP.
- Promover la participación de España y aumentar su presencia en foros internacionales sobre SP.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, en el 2007 se inicia en España, dentro del Plan de Calidad para el SNS, el diseño informatizado del denominado Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP), que se implantará de manera progresiva a partir del 2009 y del 2011, en Atención Especializada y en Atención Primaria, respectivamente. Mediante SiNASP cualquier profesional sanitario de una organización que identifique un incidente relacionado con la SP podrá notificarlo. Los principios básicos de SiNASP⁶⁹ son:

- Voluntariedad
- No punibilidad
- Confidencialidad
- Notificación anónima o nominativa con anonimización (o de-identificación) de los datos.
- Análisis para el aprendizaje e implementación de mejoras a nivel de centro sanitario
- Orientación sistémica para el análisis.

Los objetivos del establecimiento de un sistema de notificación de errores y sucesos adversos son: aprender de la experiencia ajena, valorar la evolución de los progresos en prevención, detectar riesgos emergentes relacionados con la aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, responder ante la sociedad y los profesionales en relación al grado de SP y, en definitiva, contribuir a mejorar la SP⁷⁰.

1.2. Seguridad del paciente y calidad asistencial.

"Calidad es hacer las cosas bien, incluso cuando nadie mire".

Henry Ford (1863-1947).

Fundador de la Ford Motor Company.

En las postrimerías del siglo XX, el psiquiatra Arthur Barsky publicó un artículo en el que indicaba que, a pesar de los indudables avances técnicos (diagnósticos y terapéuticos) y de la mejoría de los indicadores objetivos de salud, los usuarios de los servicios médicos en los países desarrollados estaban cada vez más descontentos con la atención que recibían⁷¹. Es, desde este momento, cuando los sistemas sanitarios de los países desarrollados van a centrar su interés en el ciudadano. Todas las estrategias de desarrollo y modernización tendrán como objetivo fundamental la mejora de la calidad de los servicios asistenciales. En este contexto, un componente fundamental de la misma, lo constituye la confianza y la SP.

La calidad como concepto presenta un significado polisémico, siendo, por tanto, su definición multivariada y con las delimitaciones específicas dentro del contexto en el cual es empleado, habiendo sido abordado por numerosos expertos y organizaciones, de tal modo que el material publicado sobre calidad es muy extenso y, al mismo tiempo, difícil de sistematizar. Dependiendo de la estructura disciplinar, la calidad puede entenderse de diversos modos, utilizando distintos términos, clasificaciones y modelos.

En el campo de la salud existe una ausencia de consenso sobre cómo definir la calidad asistencial, debido a la diversidad del lenguaje utilizado para describir este concepto^{72, 73, 74, 75, 76, 77}.

Existe acuerdo a la hora de considerar que la calidad asistencial es la suma de:

- Prestar asistencia sanitaria acorde al estado de la ciencia.
- Lograr cuidados apropiados a las necesidades de los pacientes.
- Prestar en forma idónea la atención sanitaria de acuerdo con los recursos disponibles.
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

Ahora bien, a pesar de que se podría considerar que “hacer bien lo correcto”, pasa por ser una de las mejores definiciones de calidad, definir calidad asistencial es algo más complejo de lo que a simple vista pudiera parecer.

Siguiendo el trabajo inicial de Avedis Donabedian⁷⁸, un primer paso para evaluar la calidad asistencial implica definir qué se entiende por calidad.

La tabla 1 proporciona una perspectiva general sobre las definiciones de calidad asistencial más frecuentemente aplicadas, según ha sido identificado en la bibliografía.



Tabla 1. Definiciones de calidad asistencial.

Autor	Definición de calidad asistencial
Avedis Donabedian (1980) ⁷⁹	Calidad asistencial es el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar
Ministerio de Sanidad (Reino Unido) (1997) ⁸⁰	Calidad asistencial es: <ul style="list-style-type: none"> • hacer las cosas adecuadas (qué) • a las personas adecuadas (a quién) • en el momento preciso (cuándo) • y hacer las cosas bien la primera vez
Instituto de Medicina (IOM) (2001) ⁸¹	Calidad asistencial es el grado por el que los servicios asistenciales incrementan la posibilidad de resultados de salud deseados para individuos y poblaciones, en concordancia con el conocimiento profesional actual
OMS (2000) ⁸²	Calidad asistencial es el nivel de realización de objetivos intrínsecos por los sistemas sanitarios para mejorar la salud y de receptividad a las expectativas legítimas de la población
Consejo de Europa (1998) ⁸³	Calidad asistencial es el grado por el cual el tratamiento dispensado aumenta las posibilidades del paciente de alcanzar los resultados deseados y reduce las posibilidades de resultados indeseados, considerando el estado de conocimiento actual

Cuando mencionamos una asistencia sanitaria de calidad nos referimos a aquella que además de ser efectiva, se caracteriza por la utilización del mejor conocimiento disponible, el uso eficiente de los recursos sanitarios y la adecuación a las necesidades y expectativas de los pacientes^{84,85}.

Las dimensiones que componen la calidad asistencial han sido las siguientes⁸⁶.

1. Competencia profesional o calidad científico-técnica de la atención:

- Capacidad de utilizar los recursos y conocimientos para producir salud y satisfacción en los receptores de la atención médica.
- A nivel individual incluye capacidad técnica y trato interpersonal.
- A nivel de grupos, instituciones o sistemas se refiere al modo de su funcionamiento global.

2. Efectividad

- Capacidad de una actividad para mejorar el estado de salud del paciente y/o la población.

3. Eficiencia

- Producción del máximo de cuidados sanitarios por unidad de recursos utilizados.

3. Accesibilidad

- Facilidad con la que la atención sanitaria puede ser obtenida de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.

4. Satisfacción

- Grado en que la atención sanitaria responde a las expectativas del paciente y la comunidad.
- Equivale a la calidad percibida de todos los aspectos del proceso de atención:
 - Resultados de la atención.
 - Trato recibido.
 - Aporte de información.

- Cuestiones de hostelería.
- Coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.

5. Adecuación

- Idoneidad de la atención recibida en relación con las necesidades del paciente.

6. Equidad

- Una asistencia equitativa es aquella que ofrece igualdad en el acceso a los servicios sanitarios a todos los individuos con las mismas necesidades.

7. Atención centrada en el paciente

- Atención pensada en los pacientes más que en los que la facilitan.
- Implica integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención.

8. Seguridad del paciente

- La ausencia de daño, lesiones o complicaciones innecesarias para el paciente derivadas de los actos asistenciales.

De acuerdo con lo expuesto, la SP constituye un factor primordial de la calidad asistencial^{87, 88, 89, 90} y su mejora es actualmente una de las líneas estratégicas de actuación en el ámbito sanitario^{91, 92}.

Las características de los sistemas sanitarios actuales, determinadas por la creciente complejidad de los sistemas de salud y de los procesos asistenciales, los rápidos avances científico-tecnológicos, y la propia complejidad organizativa derivada de la interacción de los numerosos factores humanos, tecnológicos y organizativos confluyentes, genera la necesidad de desarrollar líneas de

actuación orientadas específicamente a garantizar la SP en su paso por el sistema sanitario⁹³.

Muchos autores sostienen que la calidad y la seguridad es un *continuum*⁹⁴, mostrando la relación de complementariedad que existe claramente entre los dos conceptos, presentándose la SP como una variable estructural, transversal y esencial en la calidad de la salud e integrándola en una cultura que debe ser una estrategia general de las organizaciones de salud.



1.3. Bioética y seguridad del paciente.

"La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada".

Arthur Schopenhauer (1788-1860).

Filósofo alemán.

En el año 2003, el Hastings Center, reconocida institución norteamericana dedicada a la bioética, publicó el informe *Promoting Patient Safety: An ethical basis for Policy Deliberation*, en el que se realizaba una reflexión ética⁹⁵, basada en el modelo bioético principialista, que hoy en día es de referencia, de las obligaciones morales que subyacen en la cultura de la seguridad desarrollada tras la publicación del informe *To err is human: building a safer health system*.

En el campo de la bioética, la orientación principialista ha gozado de gran aceptación. Los principios de la bioética, tal y como fueron planteados en el Informe Belmont⁹⁶ en 1978 e inmediatamente después por los autores Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, siguen siendo los más utilizados. Estos principios son los de Beneficencia, Justicia, Autonomía y No-maleficencia⁹⁷. El deber de respetar estos valores o principios es el que marca el sentido de la acción.

- El principio de No-maleficencia ya estaba presente en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo se debe evitar el daño a los pacientes no realizando en la práctica clínica actos asistenciales contraindicados o técnicamente defectuosos. Este principio busca respetar la integridad tanto física como psicológica de las personas.

- El principio de Beneficencia trata de la obligación de hacer el bien. Es otro principio clásico hipocrático. Actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos. No es permisible imponer a otro nuestra propia idea del bien. Este principio positivo de Beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar daños.
- Se puede definir el principio de Autonomía o de libertad de decisión como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente, partiendo de la presunción de que los pacientes son capaces de gobernar su propia vida. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección. De este principio de Autonomía deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual.
- El principio de Justicia consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de Autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente contra la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

En 1992, Diego Gracia ordena los cuatro principios de la bioética en dos niveles⁹⁸:

- Nivel 1, en el que se incluyen los principios de No-maleficencia y Justicia. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Constituye la "ética de mínimos", del deber o de lo correcto. Estos principios se sitúan a nivel universal, previos al establecimiento de la relación clínica y son de obligado cumplimiento. Socialmente estos principios estarían regulados por el Derecho, que regula el bien común.
- Nivel 2: Autonomía y Beneficencia. Es el nivel relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones "imperfectas", que una persona se puede exigir a sí misma, pero no que puede imponer a los demás. Constituye la "ética de máximos", de la felicidad o de lo bueno. Estos principios se sitúan regulando la relación clínica, a nivel particular.

En la práctica diaria, la relación clínica debe moverse, dentro del marco de una distribución equitativa de los recursos, entre el respeto a las preferencias de la persona y el deber de no abandonar al paciente, lo que implica, entre otras cosas, que el profesional sanitario es el responsable último de sentar las indicaciones (preventivas, diagnósticas y terapéuticas), considerando todos los principios éticos que entran en juego, y la persona es la responsable de la elección entre estas diversas indicaciones.

Desde la perspectiva de los principios, toda actuación en el ámbito sanitario debe ir dirigida a hacer el bien a las personas, no solamente desearlo (principio

de Beneficencia) pero promoviendo la libre elección entre las distintas indicaciones disponibles a través de un adecuado consentimiento informado. Esto supone contar con los valores y preferencias de la persona (principio de Autonomía). Y todo ello sin hacer daño a nadie, lo que implica evitar aquello que está contraindicado (principio de No-maleficencia)⁹⁹, y tratar a todos con la misma consideración y respeto, procurando un reparto equitativo de los bienes y servicios, en función de las necesidades más que de las demandas, luchando contra la ley de cuidados inversos y evitando la discriminación (principio de Justicia).

Muchos autores consideran que la máxima hipocrática *primum non nocere*, ante todo no dañar, reflejo del principio ético universal de No-maleficencia, es la premisa más importante para establecer desde la perspectiva ética la necesaria promoción de la SP en las instituciones sanitarias.

Para el Hastings Center el fundamento ético de la SP no solo se sustenta sobre el principio de No-maleficencia, sino que implica también a los principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia.

Favorecer o al menos no perjudicar, son dos obligaciones morales distintas. Para los médicos hipocráticos la obligación imperativa era la de favorecer (Beneficencia). No perjudicar (No-maleficencia) era una obligación cuando el favorecer no era posible. A partir del S. XVII estas obligaciones se entienden al contrario¹⁰⁰. La obligación primaria, el imperativo ético superior es el de no perjudicar (No-maleficencia)¹⁰¹. Lo primero “ante todo”, como bien dice el lema de la OMS, será ahora, en el mundo moderno, no dañar (*First, do no harm*).

Desde la perspectiva de la SP, el principio de Beneficencia se corresponde con la obligación positiva de eliminar o aminorar el daño producido y de prevenir

uno nuevo, mientras que el principio de No-maleficencia haría referencia a la obligación negativa de evitar producir daño. De esta manera, la Beneficencia correspondería con la obligación de evitar la omisión de actos indicados, mientras que la No-maleficencia se identificaría con la obligación de evitar la comisión de actos contraindicados.

Las obligaciones relativas a la SP derivan también del principio de Justicia, ya que el error y la falta de seguridad obligan a invertir recursos extra con un alto coste de económico y social.

No debemos olvidar que, desde la óptica del principio de Beneficencia, la persona tiene derecho a ser ayudada, pero siempre respetando su autonomía. De esta manera, en el supuesto de que se produjese un daño derivado de la actuación asistencial, la persona tendría derecho a que éste sea reparado en la medida de lo posible y a ser informada de lo ocurrido.

La obligación de prevenir el error deriva, por tanto, de las obligaciones profesionales y de las organizaciones sanitarias emanadas de los dos principios que establecen el nivel universal de lo correcto (No-maleficencia y Justicia), la denominada ética de mínimos, que precede al establecimiento de la relación clínica, muchas veces recogida por la normativa legal y que es de obligado cumplimiento. Una vez ocurrido un error y producido un daño, son los principios de Autonomía y Beneficencia los que cobran protagonismo: el paciente tiene derecho, por una parte, a saber qué ha ocurrido y, por otra, a reclamar y obtener apoyo, ayuda y reparación del daño causado.

Por tanto, las obligaciones éticas en torno a prevenir los errores médicos y promover la SP quedan configuradas por los cuatro principios de la bioética. Además, estas obligaciones no son sólo deberes personales de cada uno de

los profesionales, sino también de las instituciones sanitarias en su conjunto. Configuran así un esquema de análisis de la ética de la organización responsable y de sus obligaciones respecto a la seguridad de las personas a las que atienden. Los responsables sanitarios, los equipos directivos de las organizaciones, las comisiones de calidad o los comités éticos serán las instancias adecuadas para realizar la deliberación moral en torno a la SP, cada uno desde su ámbito de responsabilidad. Esta deliberación, en el marco de la llamada ética de la responsabilidad, debe incluir el análisis previo y obligado de la aplicación ponderada de los cuatro principios de la bioética, que son el marco de referencia, para pasar a considerar los argumentos en torno a los aspectos económicos, jurídicos o de políticas públicas de SP, que establecerían lo más adecuado, en función de las circunstancias, dentro del marco de lo éticamente correcto.

Además, los principios deontológicos de responsabilidad, transparencia, pertinencia y protección universal pueden aportar, dentro de la cultura de respeto por la SP, normas de comportamiento, a nivel personal por parte de cada uno de los profesionales implicados y también a nivel institucional¹⁰².

A pesar de que los estudios indican que la mayor parte de los errores suceden más por problemas derivados de los procesos de funcionamiento de las organizaciones que por fallos individuales de los trabajadores, en lo referente a los errores producidos por falta de competencia en el área del conocimiento clínico es incuestionable la importancia de la responsabilidad individual en la adquisición y actualización de habilidades, a pesar del deber institucional de promover la correcta formación continuada de sus profesionales.

El desafío está en promover una “cultura de seguridad” dentro de la organización que permita prevenir, en la medida de lo posible, la aparición del error¹⁰³. Si las medidas preventivas fallasen y el error se produjera, entonces la cuestión que se debe plantear es buscar que ha fallado desde una perspectiva individual, colectiva e institucional, evitando el riesgo de dilución de responsabilidad de los profesionales, ya que las obligaciones derivadas de los cuatro principios de la bioética afectan tanto a los profesionales a nivel individual como a las organizaciones de las que forman parte, como indica el principio deontológico de responsabilidad, que señala que el trabajo en equipo es motivo para reforzar las responsabilidades de cada uno de sus integrantes y de la institución en su conjunto, y no un pretexto para difuminarlas.

Todos estos actores deben asumir sus responsabilidades, que pueden ser tanto retrospectivas como prospectivas. El profesional debe conocer que tiene la obligación ética de proteger a su paciente del daño mediante el mantenimiento y actualización de la calidad en la práctica profesional. Esto significa que debe hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científica y técnica, destacando su competencia en el razonamiento clínico. Debe hacer una utilización adecuada de los recursos que la organización pone a su disposición para el desarrollo de sus labores asistenciales, manteniendo un alto grado de eficiencia e implicándose activamente en los procesos de funcionamiento interno de la organización que tratan de generar una “cultura de la seguridad”. De esta forma, reforzando sus obligaciones respecto a la No-maleficencia y la Justicia, estará asumiendo la responsabilidad de evitar personal y prospectivamente el que se produzca algún daño al paciente.

El modo de abordar el error desde la medicina, con frecuencia, consiste en el ocultamiento, en el desinterés, en la falta de información a pacientes y a veces en el castigo del presunto responsable. Ahora bien, si se produjera daño, el profesional deberá ser capaz de asumir personalmente las obligaciones derivadas retrospectivamente de ello. La primera, más difícil y conflictiva es asumir que el respeto al principio de Autonomía del paciente obliga a informarle de lo acontecido y a asumir su responsabilidad subjetiva ante él¹⁰⁴, a pesar de que puede desencadenar un proceso legal en su contra. Hay que recordar que la responsabilidad personal no finaliza con la información: el principio de Beneficencia lleva a proporcionar algún tipo de reparación, tanto del daño físico –habitualmente asumida por la organización–, como moral. Además, si el daño sobre la salud del paciente se produce como consecuencia de la actividad asistencial surge también una obligación ética del profesional/profesionales implicados con la organización sanitaria a la que pertenecen. Es el deber de informar de lo sucedido para que la institución y sus responsables puedan adoptar las medidas pertinentes necesarias, encaminadas a reparar lo ocurrido y a evitar que vuelva a suceder¹⁰⁵.

Con esta manera de proceder se retroalimentaría positivamente y reforzaría el marco ético de referencia desde el respeto a los principios de No-maleficencia y de Justicia.

Desde la perspectiva de las organizaciones e instituciones sanitarias puede suceder que la mayoría de los errores que se produzcan no tengan consecuencias graves o no lleguen a dañar un gran número veces, y los responsables de la organización podrían deducir que la inversión económica para la prevención de los errores no sería rentable desde una óptica utilitarista

de la gestión de riesgos. Esta visión utilitarista estaría definida por la búsqueda del máximo beneficio para el mayor número de personas atendidas. El problema que presenta este criterio de maximización del bienestar “poblacional” es que se corre el riesgo de que la persona en concreto, en singular, no siempre obtendría bienestar de manera “individual”.

Otro enfoque erróneo es plantear la gestión de riesgos como el modo de disminuir las demandas y el desprestigio de las instituciones sanitarias y de sus profesionales. Este objetivo con frecuencia puede convertirse en prioritario, en detrimento de la mejora de seguridad asistencial del paciente. Se ha utilizado en contra de la puesta en marcha de un sistema de gestión de riesgos, ya que revelar los posibles efectos adversos y riesgos es interpretado como fuente de problemas para los profesionales y la institución. Esto acontece fundamentalmente por dos razones, la primera sería que con frecuencia los errores y sus efectos adversos han sido tenidos en cuenta retrospectivamente, es decir, cuando han sucedido; y la segunda sería que, mayoritariamente, solo se han tenido en cuenta los errores más graves y no aquellos de menor gravedad, aunque ocurran muy frecuentemente.

Si se parte desde una perspectiva individual culpabilizadora, con la premisa de que el profesional competente no puede cometer errores, habrá una tendencia a proceder penalizando al que se equivoca con la creencia de que, por efecto de esta acción ejemplificadora, se cometerán menos errores. De esta manera, el profesional es abandonado por los compañeros y por la institución, enfrentándose solo al problema, convirtiéndose así en la segunda víctima. No es raro y comprensible que esta forma de actuación derive en el secretismo, la vergüenza, la ocultación y las prácticas defensivas.

De acuerdo con la Declaración de Luxemburgo, de 5 abril de 2005 (*Patient security: making it happen*)¹⁰⁶, aprobada por la Comisión Europea bajo la presidencia luxemburguesa y la Dirección General de Salud y Protección del Consumidor, uno de los objetivos dentro de las organizaciones sanitarias es la creación de una cultura de seguridad que prevenga el error de manera prospectiva. Esta Declaración menciona que debe surgir “una cultura centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos en contraposición a la culpa, el reproche y el correspondiente castigo”, de modo que indica que se gestionen los riesgos antes de la ocurrencia del error. De acuerdo con esta Declaración, estos incidentes o sucesos adversos no deben ser evaluados como causa directa y exclusiva del error humano, ya que son vistos como el efecto de una causalidad compleja. Además, aunque la mayoría de los errores que se producen no causan daño, tienen la función centinela de revelar riesgos latentes en un sistema complejo como son las organizaciones sanitarias.

No se puede dejar de mencionar que una cultura sin culpa no significa sin responsabilidad. Uno de los desafíos éticos más importantes es que para mejorar la seguridad de la persona es necesario el compromiso individual de los profesionales y el de las instituciones. Negar la responsabilidad individual y atribuirle únicamente a la institución supone admitir una falsa inmunidad moral de los profesionales.

Para el profesional, la responsabilidad prospectiva supone la obligación de una atención realizada mediante una práctica asistencial de calidad, que garantice la protección de las personas que atiende. Es responsable también si ocurriese un daño, de la información del mismo a la institución para que esta contribuya a reparar el daño y ponga en marcha medidas que eviten que vuelva a ocurrir.

De manera retrospectiva el profesional está obligado a la información del daño a la persona afectada, en virtud del respeto a su derecho a saber lo ocurrido. Debe asumir su parte de responsabilidad en la ocurrencia de este daño y repararlo no sólo desde el punto de vista físico sino también desde el punto de vista moral.

Las instituciones, prospectivamente, tienen la obligación de realizar una inversión adecuada de recursos en la creación de una cultura de seguridad. Recursos humanos fundamentalmente que aseguren un correcto desarrollo de los procesos asistenciales, sin olvidar las inversiones en la mejora de las estructuras e instalaciones. De manera retrospectiva, si ocurriese un daño, la cultura de seguridad supone para las instituciones un correcto y buen manejo de la información. Esta será transparente y estandarizada. Será utilizada no solo para la reparación del daño a la persona, sino también para prestar apoyo moral a los profesionales. Y, por supuesto, para poner en marcha espacios y procesos deliberativos donde se analice el riesgo y se realicen propuestas más seguras, con la participación de todas las personas implicadas.

Sabemos que los riesgos no pueden ser erradicados, pero se puede y se debe reducirlos, aprender de ellos y mejorar la manera en que los manejamos y tratamos, reforzando así la relación de confianza con la persona a la que atendemos en nuestras instituciones sanitarias.

1.4. Teoría del error humano.

"No podemos cambiar la condición humana, pero podemos cambiar las condiciones bajo las cuales los humanos trabajan".

James Reason. Profesor de Psicología.

A pesar de la expectativa de que los médicos deben de tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica del 100%, lo cierto es que la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción, ya que, por naturaleza, es una ciencia imperfecta, y la expectativa de la perfección no es ni realista ni posible. Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia y mitigar las consecuencias de los errores médicos, que se estima que son la tercera causa de mortalidad en Estados Unidos¹⁰⁷.

El diccionario de la Real Academia Española¹⁰⁸ muestra, en sus tres primeras acepciones, las siguientes definiciones de la palabra error: concepto equivocado o juicio falso; acción desacertada o equivocada y cosa hecha erradamente.

En el lenguaje común, el término error se utiliza en varios sentidos: como causa de algo, generalmente negativo (señalar que a consecuencia de un error diagnóstico se realizó una intervención quirúrgica impropia); como un hecho en sí mismo (no revisar si un paciente tiene antecedentes alérgicos); o como consecuencia de una serie de factores contribuyentes o circunstancias adversas (como puede ser el error diagnóstico debido a la inexperiencia y al cansancio de un profesional novel tras un turno prolongado de trabajo).

En la práctica asistencial y en relación con la SP, un error es un acto de equivocación por comisión u omisión de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un evento adverso.

Los estudios que incluyen cuestiones relacionadas con los errores humanos son recientes y tienen su origen en el campo de la aviación^{109,110}, la industria química y nuclear¹¹¹, con el objetivo de minimizar los accidentes aumentando la seguridad de los procedimientos. Sin embargo, esta investigación se ha convertido en un campo multidisciplinario, con necesidad de ampliarse a otros ámbitos del conocimiento, especialmente los que implican al cuidado de la salud.

Los primeros indicios sobre el estudio de los errores en el campo asistencial aparecen en los inicios del siglo XX. En 1918, el cirujano Ernest Amory Codman (1869-1940) publicó en Boston un estudio en el que relataba el seguimiento de todos los pacientes de su hospital durante un periodo de cinco años¹¹². En 337 pacientes estudiados, Codman verificó la existencia de 123 errores en la asistencia clínica prestada en el posoperatorio de los pacientes intervenidos. Intentó relacionar estos errores con los resultados clínicos para mejorar la asistencia en su hospital¹¹³. Publicó sus datos e indicó a otros hospitales, mediante la propuesta *The End Result System of Hospital Standardization*¹¹⁴, que deberían hacer lo mismo. Codman creía firmemente que los pacientes podrían así juzgar por sí mismos la calidad de los servicios prestados. Postulaba Codman que las verdaderas mejoras en la medicina serían realizadas cuando los médicos admitiesen públicamente sus errores y cómo reducirlos¹¹⁵. Expresó que tan solo los más aptos y capacitados debían hacerse cargo de los pacientes y que las sociedades científicas debían exigir a

los cirujanos un seguimiento de los resultados (*outcomes*) de sus propios casos para poder conocer sus estadísticas y el nivel de su habilidad. Codman propuso algunas categorías para evaluar los fracasos en los tratamientos:

- Errores por falta de conocimiento técnico o habilidad.
- Errores por falta de criterio diagnóstico.
- Errores por falta de criterio quirúrgico.
- Errores por equipamiento técnico no apropiado.

A finales del siglo XX, el psicólogo cognitivo James Reason, profesor de Psicología de la Universidad de Manchester, y experto reconocido a nivel mundial en el estudio del error humano en sistemas tecnológicos de alto riesgo, describe el error humano como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo o la ejecución no adecuada de una acción planificada. Esto significa que el plan puede ser apropiado, pero las acciones asociadas a él no se producen según lo previsto o que las acciones se realizan como estaba previsto, pero el plan no es suficiente para lograr el resultado deseado¹¹⁶.

La taxonomía del error humano propuesta Reason fue la adoptada por el IOM en su publicación *To err is human*.

Para entender la forma en como los errores suceden y cómo comprometen la SP, Reason propone estudiar el error humano desde dos enfoques:

- Centrado en las personas o modelo personal.
- Centrado en los sistemas o modelo sistémico.

El enfoque centrado en las personas, cuya premisa es que las personas son la causa de los errores, es el que tradicionalmente ha sido aceptado y entiende que los errores son la causa de los efectos adversos. Los errores se perciben

como actos inseguros derivados principalmente de los procesos mentales incorrectos, tales como falta de memoria, falta de atención, falta de motivación, descuido, abandono e imprudencia.

La estrategia de actuación para prevenir y tratar los errores desde el enfoque centrado en las personas es culpabilizar y castigar (*Name, Blame & Shame*): Identificar a los culpables, señalarlos, adiestrarlos o readiestrarlos y emprender acciones disciplinarias¹¹⁷.

Los seguidores de este enfoque tienden a tratar los errores como cuestiones morales, asumiendo que “las cosas malas le suceden a gente mala”. Según una encuesta de 2016, realizada por la *Agency for Healthcare Research and Quality* de los EEUU, el 55% de los miembros del personal de los hospitales creen que sus instituciones responden a los errores de una manera punitiva¹¹⁸.

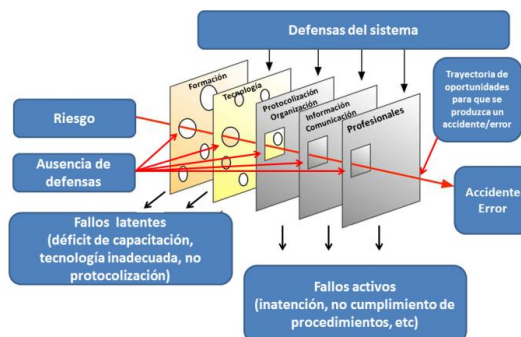
A diferencia de la visión anterior, el enfoque centrado en los sistemas tiene la premisa básica de que los seres humanos fallan y los errores son esperables o previsibles, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se muestran como consecuencia y no como causa, que tienen su origen no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en fallos latentes en el entorno asistencial y son consecuencia de los procesos y procedimientos que se aplican. Reason considera que, aunque no se puede cambiar la condición humana, se pueden modificar las condiciones en las que los seres humanos trabajan.

Para ilustrar sus ideas, el autor desarrolló un modelo causal del accidente, conocido como *Swiss Cheese Model of accident causation* (modelo del “queso suizo” de causalidad de los accidentes o modelo del efecto acumulativo). Reason¹¹⁹ afirma que hay barreras y defensas protectoras, colocadas

estratégicamente, que pretender garantizar la seguridad de sistemas complejos. Estas barreras/defensas en los sistemas de alta tecnología pueden estar divididos en niveles: unas desarrolladas por ingeniería (alarmas, barreras); otras tienen un impacto en el comportamiento de los seres humanos y otras se basan en herramientas administrativas y de gestión.

La dinámica de un accidente o error puede ser entendida desde un modelo de defensas representadas por las lonchas de queso suizo. En una realidad ideal, cada capa de defensa sería infranqueable. Sin embargo, en el mundo real, estas capas tienen muchos agujeros (al igual que un queso suizo), que se encuentran en constante movimiento de apertura y cierre, transfiriendo su posición a lo largo del sistema. La presencia de estos agujeros de seguridad en cada capa no causa problemas de seguridad, pero cuando estos agujeros de las distintas capas de seguridad se alinean permite una trayectoria de oportunidades para que se produzca un accidente/error, con lo que los riesgos y/o daños llegan a la víctimas, ya sean individuos u organizaciones, como se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Modelo de “queso suizo” de génesis de errores.



Fuente: Modificado de Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000;320(7237):768-770.

De acuerdo con Reason, en estas inconsistencias y agujeros están involucrados la combinación de dos factores¹²⁰:

- a. los errores activos y
- b. las condiciones latentes o fallos del sistema.

Los errores activos son actos inseguros cometidos por personas que están en contacto directo con el paciente o con un sistema. Incluyen: fallos de atención, despistes, distracciones, lapsus, errores de valoración, incumplimiento de normas establecidas. La falta de entrenamiento o formación, la fatiga, la sobrecarga de trabajo y el estrés son condicionantes que pueden contribuir a su producción.

Los errores activos tienen una relación directa y habitualmente provocan un efecto de corta duración sobre la integridad de las defensas. Provocan efectos y consecuencias inmediatas y fáciles de percibir.

Teniendo en cuenta que el proceso cognitivo del hombre no es perfecto y es similar entre los individuos, cualquier profesional, ya sea bueno o malo, tiene la posibilidad de cometer errores activos.

Reason propone clasificar los errores activos en¹²¹:

- Relacionados con la acción:
 - La acción se realiza de forma indebida, a pesar de que sabemos cómo debería hacerse:
 - Despistes, distracciones o fallos de la atención (*slips*)
 - Olvidos o fallos asociados a la memoria (*lapses*)
- Relacionados con la ejecución:
 - La acción se corresponde con nuestra intención, pero esta era equivocada

- Errores relacionados con la aplicación de pautas (*rule-based mistakes*)
- Errores relacionados con el conocimiento (*knowledge-based mistakes*)
- Incumplimiento o transgresión de normas y procedimientos:
 - Desviación intencional de la manera más apropiada para realizar una actividad (*violations*)
 - Transgresiones rutinarias
 - Transgresiones circunstanciales
 - Transgresiones excepcionales

Por otra parte, las condiciones latentes o fallos del sistema son lo que Reason denomina los "patógenos residentes" en el sistema¹²². Estas condiciones latentes surgen de las decisiones tomadas por los gestores. Estas decisiones pueden ser confusas y es necesario que no lo sean. Como su nombre indica, las condiciones latentes pueden permanecer dentro del sistema durante muchos años antes de que se combinen con errores activos y circunstancias locales y tengan la oportunidad de eclosionar provocando un accidente.

A diferencia de los errores activos, que son difíciles de predecir porque es difícil de prever cuando un individuo tendrá un lapso de memoria, un descuido o un desliz, las condiciones latentes, es decir, los factores organizativos y contextuales que dan origen a estos comportamientos humanos y que anteceden a la aparición de un accidente pueden ser identificados y corregidos antes de que ocurra un evento adverso.

Así, en una visión sistémica, se puede inferir que los factores que contribuyen a la aparición de errores son multifactoriales, por ejemplo: factores institucionales/organizativos (fallos en el mantenimiento de equipos, materiales, gestión); humanos (habilidades/conocimientos, psicológicos, fisiológicos) y ambientales (ruido, agitación, estímulos visuales)¹²³.

La comprensión de estos aspectos relacionados con la aparición de un error/accidente constituye el punto central del enfoque sistémico, donde en vez de buscar la culpabilidad de los implicados, las acciones van dirigidas a prevenir el error, minimizar los riesgos y diseñar medidas de seguridad en el sistema¹²⁴. En esta perspectiva, no significa que los individuos pueden ser descuidados. Se espera que también sean más vigilantes y responsables de sus propias acciones.

Cuando se considera el error en el marco de un enfoque sistémico, se redirige su tratamiento, permitiendo a los gestores desarrollar una gestión proactiva del riesgo, en lugar de una acción reactiva y punitiva, centrada en el fracaso humano como la única causa de los EAs. Las medidas preventivas incluyen programas integrales dirigidos a todo el equipo de trabajadores (directivos y personal sanitario), a los procedimientos, lugar de trabajo y a la institución, lo que hace que el enfoque sistémico sea la mejor propuesta para abordar los temas relacionados con los errores.

1.5. Formación médica y seguridad del paciente.

“Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.”

Juramento hipocrático.

La medicina se ha concebido tradicionalmente como un acto de gran confianza entre el paciente y el médico. Si desaparece esta confianza se corre el riesgo de que se instaure la medicina defensiva, que no deja de ser la práctica de la medicina basada en la desconfianza¹²⁵. Se entiende por medicina defensiva a la sustitución del buen juicio médico por una práctica asistencial que, en la evaluación de las pruebas o tratamientos que han de aplicarse en un proceso clínico concreto, atiende más al riesgo de que el profesional sea objeto de una reclamación por parte del paciente o sus familiares, que a la evidencia científica o utilidad terapéutica¹²⁶. El profesional médico, bajo la influencia de la medicina defensiva, desarrolla un conjunto de conductas consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aun pudiendo ser éstos de escasa efectividad o innecesarios, ocasionando de esta manera gastos excesivos en la atención realizada y sometiendo al paciente a inconvenientes innecesarios y a riesgos evitables.

De acuerdo con un estudio publicado en 2005 en la revista JAMA¹²⁷, más del 90% de los médicos estadounidenses encuestados admitieron que en alguna ocasión habían realizado prácticas compatibles con la medicina defensiva.

Históricamente, la medicina defensiva adquiere relevancia en los Estados Unidos en la década de los setenta del siglo XX, cuando los avances y la especialización en medicina, junto a la progresiva modernización de la tecnología aplicada, propiciaron una transformación irreal en las expectativas

de vida y de curación de los pacientes y, como consecuencia esperable, la espiral creciente de demandas contra los médicos por expectativas no cumplidas¹²⁸.

Ante esta situación que modifica la práctica médica, debemos plantearnos la pregunta de si es ética la medicina defensiva. La medicina defensiva, además de deteriorar la relación médico-paciente, propicia la pérdida de la confianza entre ambos y, si se produce una queja formal o demanda, ocasiona pérdida de la confianza del médico en sí mismo¹²⁹, favoreciendo posteriormente un incremento del proceder defensivo por su parte¹³⁰. La medicina defensiva es contraria al principio de justicia o de distribución equitativa de recursos, por su gran impacto en el coste¹³¹. Asimismo, aumenta innecesariamente el riesgo al que se somete al paciente al implementar pruebas o tratamientos no indicados, por lo que pone en peligro su seguridad, es decir, es una conducta también contraria al principio de no-maleficencia. Si tenemos en cuenta que la medicina defensiva provoca que el médico actúe sobre la premisa de una actitud autoprotectora y no por los intereses del paciente o en la búsqueda su bien, entonces podemos deducir que se menoscaban los principios de autonomía y beneficencia.

A pesar de que un estudio observacional publicado en 2015 sugiere que un mayor uso de recursos, ya sea por medicina defensiva o no, se asocia con un menor número de reclamaciones por mala praxis¹³², muchos autores consideran la medicina defensiva un remedio peor que la enfermedad¹³³.

Eliot Freidson, sociólogo de la Universidad de Nueva York que estudió el funcionamiento interno de las profesiones en la sociedad, distinguía tres tipos de trabajos en las sociedades complejas actuales¹³⁴. En primer lugar, se

encontraría el trabajo no especializado, que puede desarrollarse disponiendo del conocimiento ordinario al que tiene acceso prácticamente toda la población en las sociedades occidentales. En segundo lugar, el trabajo especializado, que requiere un aprendizaje más formal y unos conocimientos y habilidades específicos de la labor a realizar; es lo que se denomina oficio. Por último, estarían las profesiones que, además de requerir conocimientos y habilidades bien determinados, requieren también actitudes específicas y un largo proceso de educación y de evaluación regladas para cumplir con los estándares establecidos. Eliot Freidson, que se interesó durante su carrera profesional especialmente por la manera en la que los médicos están organizados para practicar la medicina, situaba en este tercer nivel a la profesión médica. De manera análoga, el psiquiatra y catedrático James A. Knight indicaba, en 1981, que la formación médica es un proceso de socialización donde no solo es importante la adquisición de conocimientos y destrezas, sino también el desarrollo de actitudes y valores¹³⁵. En este sentido, ya sea por los cambios en el conocimiento o por los cambios en la praxis, la educación médica es un permanente desafío en todo su itinerario (formación pregrado, postgrado y formación continuada).

La complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud ha llevado a considerar que, para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios. En la situación actual, la SP es uno de los nuevos desafíos que debe afrontar la educación médica tanto en el pregrado como en el postgrado.

En el año 2007, la *Association for Medical Education in Europe* recomendó que la SP debía estar integrada en el programa de estudios¹³⁶. En el mismo año, un grupo de educadores médicos internacionales¹³⁷ identificó varias áreas prioritarias en formación sobre SP. Estas recomendaciones incluyen diversos enfoques dirigidos a:

- Aumentar el conocimiento de la SP, conocer las causas y frecuencia.
- Desarrollar la voluntad de asumir la responsabilidad.
- Desarrollar la auto-conciencia de las situaciones en las que la SP está comprometida.
- Desarrollar habilidades de comunicación, especialmente interpersonales.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo.
- Desarrollar habilidades de análisis de causa raíz.
- Desarrollar habilidades en la prescripción segura y procedimientos.
- Desarrollar habilidades para capacitar a los pacientes a tener una participación en la SP.
- Desarrollar habilidades para hacer frente a las consecuencias de los errores.

En 2011, la OMS presentó la versión multiprofesional de la Guía Curricular sobre SP¹³⁸, para formar a futuros profesionales de la salud. Dicha guía promueve la necesidad de la educación en SP para mejorar la seguridad en la atención sanitaria. La guía es una importante herramienta destinada a ayudar a universidades y facultades de medicina, enfermería, odontología y farmacia a enseñar pautas de SP. También apoya la capacitación de todos los profesionales de la salud en una serie de conceptos prioritarios de la SP para mejorar el aprendizaje.

En 2005, Halbach y Sullivan publicaron un trabajo¹³⁹ en el que se evaluaba la efectividad de un currículo breve sobre la SP y los errores médicos en los estudiantes de tercer año de medicina. De 2000 a 2003, los estudiantes de medicina de tercer año de la Universidad de Nueva York fueron obligados a participar en un nuevo programa formativo sobre la SP y los errores médicos durante sus prácticas de medicina familiar. Un total de 572 estudiantes participaron en un programa de cuatro horas que incluyó clases expositivas, discusión interactiva, una sesión de video con un paciente estandarizado y un pequeño grupo de debate moderado por un médico de familia. Antes y después de participar en el programa, se pidió a los estudiantes que completaran cuestionarios sobre autoconciencia acerca de la comunicación y SP. También se distribuyeron evaluaciones curriculares y encuestas de seguimiento. El 89% de los estudiantes informaron que la oportunidad de realizar una sesión clínica sobre un error incrementó su confianza en discutir este tema con los pacientes y el 94% manifestó que estaban satisfechos con la realización del ejercicio estandarizado, calificando la experiencia de aprendizaje útil. Se evaluaron un total de 535 cuestionarios pre y posformación. Este análisis reveló un aumento estadísticamente significativo en el autoinforme de la conciencia sobre las fortalezas y las debilidades de los estudiantes en la comunicación de errores médicos a los pacientes. Estos hallazgos sugieren que se puede aumentar y mantener la conciencia sobre la SP y el error médico a través del uso de un currículo experimental, y los estudiantes calificaron esto como una experiencia valiosa.

En 2015, Farnan *et al.*¹⁴⁰ publicaron un interesante y novedoso estudio realizado con estudiantes de medicina y médicos internos residentes en el que

se intentaba evaluar las habilidades de seguridad, con el objetivo de desarrollar y pilotar una simulación centrada en la seguridad y en los peligros que conlleva la hospitalización. Se diseñó una simulación que mostraba amenazas de seguridad comunes en el medio hospitalario. Se creó un escenario de casos que incluía la información destacada del paciente y las amenazas simuladas de seguridad, como el uso de restricciones físicas en las extremidades superiores y errores de medicación. Después de entrar en la habitación y revisar la gráfica simulada, los estudiantes y médicos internos residentes fueron cronometrados y se les pidió que identificaran y documentaran los peligros de seguridad que detectaban. Algunos riesgos fueron identificados por la mayoría de los estudiantes (riesgo de caídas: 83% de los estudiantes), mientras que otros fueron raramente identificados (ausencia de profilaxis de trombosis venosa profunda: 13% de los estudiantes). Sólo el 5% de los estudiantes identificaron correctamente el riesgo de úlcera por presión. Los médicos internos fueron capaces de identificar una media de 5 peligros de los 9 existentes, destacando, con un 40% de identificaciones, las medidas de restricción inapropiadas y, con el 20% de identificaciones, la detección de indicación inadecuada de sonda urinaria. Los autores concluyeron que una simulación que muestre los riesgos de seguridad es una manera factible y efectiva de introducir a los participantes en los contenidos de la SP. A pesar de que tuvieron dificultades para identificar los peligros comunes de la hospitalización, los estudiantes y médicos internos calificaron positivamente la experiencia por su utilidad clínica.

En 2003, Balwin *et al.* seleccionaron una muestra aleatoria de médicos residentes de primer y segundo año utilizando la base de datos de la *American Medical Association* sobre educación médica de posgrado¹⁴¹. Los residentes

completaron una encuesta sobre su experiencia de residencia. Se recibieron encuestas completas de 3.604 de los 5.616 (64,2%) residentes contactados. Los de primer año manifestaron trabajar un promedio de 83 horas a la semana frente a 76.2 horas para los de segundo año. Las horas totales de trabajo se correlacionaron significativamente con el estrés informado y las horas de sueño por semana. Los residentes con un promedio de más de 80 horas de trabajo por semana o con jornadas con menos de 5 horas de sueño tenían más probabilidades de estar involucrados en un accidente personal o lesión, un conflicto serio con otros miembros del personal y de sufrir un error médico significativo¹⁴².

En 2016, González-Formoso demostró, mediante un estudio experimental unifactorial de dos grupos (control e intervención), llevado a cabo con tutores y residentes de MFyC de Galicia¹⁴³, que una intervención educativa es efectiva para mejorar la CSP¹⁴⁴.

1.6. Estudios de seguridad del paciente.

Los primeros estudios conocidos acerca de los EAs derivados de la asistencia sanitaria datan de 1950 y 1960, pero es en la década de los 90 cuando se comienza a estudiar esta problemática aplicando la metodología científica.

Como ya se ha comentado previamente, el análisis y las conclusiones del informe *To err is human: building a safer health system* del Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM), en el año 1999, provocan un antes y después en el interés y la concienciación de las organizaciones sanitarias acerca de la seguridad asistencial, y a partir del mismo se generaron numerosas estrategias y propuestas para su mejora a nivel internacional¹⁴⁵. Este informe se realizó mediante la revisión de historias clínicas, con el objetivo de detectar y analizar los errores producidos en las actuaciones asistenciales, sus consecuencias para los pacientes y el coste generado en las organizaciones sanitarias.

Los datos obtenidos muestran que cada año fallecen en EEUU entre 44.000 y 98.000 pacientes a consecuencia de los EAs ocurridos durante su asistencia sanitaria. Se estima que los EAs que se producen en este país superan el millón al año.

Los diversos estudios realizados a nivel internacional para analizar la incidencia de EAs (tabla 2) sitúan la tasa de EAs en torno al 10% en los episodios de hospitalización, con un rango de variación entre el 4% y el 12,9%, y un porcentaje de EAs evitables que varía entre un 27,6 % y un 51,2 %¹⁴⁶.

Tabla 2. Estudios internacionales de incidencia de eventos adversos a nivel hospitalario.

Estudio Eventos Adversos Medio Hospitalario	Fecha Publicación	Nº ingresos hospitalarios	% eventos adversos	% eventos adversos evitables
Harvard Medical Practice Study (HMPS) EEUU ^{25, 26}	1991	30.121	3,8	27,6
Quality in Australian Health Care Study. (QAHCS). Australia ¹⁵³	1995	14.179	10,6	51,2
Utah and Colorado Medical Practice Study. EEUU ¹⁴⁸	2000	14.700	2,9	32,6
Dinamarca ¹⁵⁶	2001	1.097	9,0	40,4
Reino Unido ¹⁵⁵	2001	1.014	11,7	48,0
Canadian Adverse Events Study Canadá ¹⁵¹	2001	3.720	7,5	36,9
Nueva Zelanda ^{153, 154}	2003	6.579	12,9	37
Estudio ENEAS. España ¹⁶⁷	2005	5.624	9,3	42,6
Reino Unido ¹⁵⁷	2007	1.000	8,7	27
Francia ¹⁵⁸	2007	8.754	6,6	35,4
Holanda ^{162, 163}	2007	8.400	5,7	39,6
Escocia ¹⁵⁹	2008	354	7,9	43
Suecia ¹⁶⁴	2009	1.967	12,3	70
Estudio IBEAS. America Latina ¹⁶⁵	2011	11.379	10,5	59
Italia ¹⁶¹	2012	7.573	5,2	56,7

1.6.1. Estudios de seguridad del paciente: EEUU y Canadá.

El *Harvard Medical Practice Study* (HMPS) fue el primer estudio relevante sobre la SP. Se realizó en el estado de Nueva York en los EEUU, y fue publicado en 1991 por Brennan *et al*²⁵ y Leape *et al*²⁶. Se llevó a cabo la revisión de 30.121 historias clínicas de 51 hospitales. La incidencia encontrada de EAs fue del 3,8%. Dentro de la perspectiva de legalidad adoptada por el estudio, no fue medida la evitabilidad de los eventos, pero sí la frecuencia de EAs asociados a negligencia, encontrándose una tasa de 27,6%. En cuanto a la gravedad de los EAs, el 56,8% causó un daño que revirtió antes del mes de evolución, el 16,5% causó daños moderados con recuperación antes de los 12 meses, el 6,5% causó un daño permanente, y el 13,6% llevó a la muerte del paciente. Del total de EAs, el 47,7% fue asociado a un procedimiento quirúrgico, siendo las infecciones de la herida quirúrgica el 13,6% del total de eventos, y los errores técnicos el 12,9%.

Los EAs causados por problemas relacionados con los medicamentos fueron el segundo grupo más frecuente, un 19,4% del total. A pesar del enfoque legalista del estudio, Localio *et al*.¹⁴⁷ encontraron poca relación entre los EAs causados por negligencia y la aparición de procesos litigiosos.

Utilizando una metodología semejante al HMPS, Thomas *et al*. realizaron un estudio en los estados de Utah y Colorado (EEUU), que fue publicado en 2000. Es el denominado *Utah and Colorado Medical Practice Study* (UCMPS)¹⁴⁸. En el mismo se revisaron 14.700 historias clínicas de 28 hospitales de los dos estados. Fueron encontrados EAs en el 2,9% de los historiales médicos. Al igual que en el HMPS, el UCMPS tampoco estudió la frecuencia de EAs evitables, pero mostró que el 32,6% y el 27,5% de los EAs fueron provocados

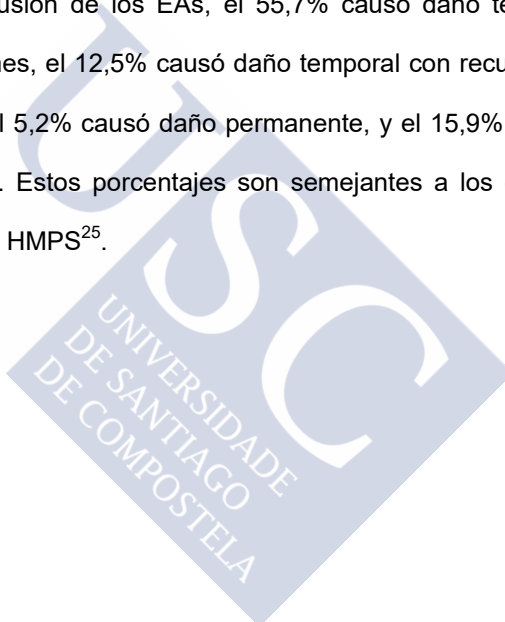
por negligencias profesionales en los estados de Utah y Colorado, respectivamente. Los EAs relacionados con procedimientos quirúrgicos fueron los más frecuentes, siendo responsables del 44,9% de los eventos, seguidos por los EAs causados por problemas relacionados con los medicamentos, responsables del 19,3% y de eventos causados por otros procedimientos médicos, que causaron el 13,5% del total. Los EAs que causaron lesión temporal menor de un mes de evolución fueron el 53%. Los que causaron lesiones temporales menores a 12 meses de evolución fueron el 31,6%. Los eventos que causaron lesiones permanentes fueron el 8,4% de los casos y en el 6,6% los eventos tuvieron como consecuencia la muerte del paciente.

Al igual que en el HMPS, Studdert *et al.*¹⁴⁹ evaluaron la relación entre los eventos secundarios a negligencia y los litigios, encontrando poca relación entre los EAs y los procesos legales.

En Canadá se realizaron dos estudios sobre EAs. Forster *et al.*¹⁵⁰, en 2004, publicaron un estudio realizado a partir de 502 historiales médicos de 2 hospitales clínicos de Ottawa, usando una metodología semejante al HMPS. La incidencia de EAs fue del 12,7% (mayor que en los estudios de los EEUU).

En este estudio, a diferencia de los anteriores, HMPS y UCMPS, en vez de la relación de los EAs con las negligencias, se evaluó la evitabilidad de los eventos. Los autores encontraron que el 37,5% de EAs eran evitables. El 50% de los EAs estaban relacionados con problemas con los medicamentos, un 31% fueron relacionados con procedimientos quirúrgicos y un 19% de los eventos fueron infecciones nosocomiales. Se encontró daño temporal en el 81,3% de los pacientes, daño permanente en el 14%, y el 4,7% de los pacientes murió como consecuencia de un EA.

En el 2004 fue publicado por Baker el estudio denominado *Canadian Adverse Events Study* (CAES)¹⁵¹ siguiendo la misma metodología que el HMPS, pero evaluando además la evitabilidad de los EAs. En este estudio, realizado en 20 hospitales canadienses, la incidencia de EAs fue del 7,5%, siendo el 36,9% de los eventos considerados evitables, de forma semejante al estudio de Ottawa. Los EAs relacionados con la cirugía resultaron el 34,2% del total de eventos, mientras que el 23,6% de los EAs fueron relacionados con las medicaciones. En cuanto a la repercusión de los EAs, el 55,7% causó daño temporal con duración menor a un mes, el 12,5% causó daño temporal con recuperación en menos de 12 meses, el 5,2% causó daño permanente, y el 15,9% se asoció a la muerte del paciente. Estos porcentajes son semejantes a los encontrados por Brennan *et al.* en el HMPS²⁵.



1.6.2. Estudios de seguridad del paciente: Australia y Nueva Zelanda.

En 1995, Wilson *et al.* publicaron un estudio sobre EAs en Australia, titulado *Quality in Australian Health Care Study* (QAHCS)¹⁵². Esta investigación utilizó la misma base metodológica del HMPS, sin embargo fue el primero en realizar una importante modificación que vendría a ser incorporada a los demás estudios sobre EAs. Ese cambio consistió en retirar la visión legalista del HMPS y del UCMPS y sustituirla por una visión de calidad, al juzgar la evitabilidad de los eventos y no su relación con la negligencia. Fueron revisados 14.179 historiales clínicos de 28 hospitales. Los autores encontraron una incidencia de EAs de 16,6%, un valor mayor al encontrado en cualquier otro estudio semejante. Un poco más de la mitad de estos eventos, el 51,1%, fue considerada evitable. En cuanto al origen de los mismos, el 50,3% fue consecuencia de procedimientos quirúrgicos, el 13,6% secundario a fallos de diagnóstico y el 12% a fallos de tratamiento. Desde el punto de vista del daño causado, el 46,6% de los eventos causó lesión mínima o duró menos de un mes, el 30,5% ocasionó daños temporales menores de un año de duración, el 13,7% daños permanentes, y 4,9% llevó a la muerte del paciente.

Las razones que se podrían argumentar para explicar las diferencias obtenidas en las tasas de EAs entre los estudios de Nueva York y Australia, que son los estudios con las medidas de frecuencia más dispares (2,9% vs. 12,9%), podrían ser las siguientes:

- a) diferente definición de EA: en el HMPS, el EA sólo se consideraba una vez (se descubriese antes o durante la hospitalización a estudio), mientras que en el QAHCS el EA se incluía tantas veces como admisiones produjera durante un año;

- b) los motivos y el diseño de los estudios eran diferentes;
- c) los dos estudios se hicieron según la información registrada en las historias médicas (estudios retrospectivos), pero en periodos de estudio bien distintos y con estilos de práctica clínica también diferentes.

Estos estudios coinciden en identificar los siguientes EAs como los de mayor incidencia:

- Complicaciones relacionadas con medicamentos.
- Complicaciones derivadas de intervenciones quirúrgicas.
- Infecciones nosocomiales.

En cuanto a la distribución de los EAs por especialidades médicas, alguno de los estudios efectuados ha mostrado que son más frecuentes en los servicios quirúrgicos. En Nueva Zelanda, Davis *et al.*^{153, 154} revisaron más de 6.500 historias clínicas de 13 hospitales, publicando sus datos en 2002 y 2003. Fueron utilizadas las bases metodológicas del HMPS, pero se incluyó la evaluación de la evitabilidad del estudio australiano QAHCS. La incidencia de EAs encontrada por los autores fue del 12,9%, con una cuota del 37% de eventos evitables. La mayor parte de los eventos fue causada por procedimientos quirúrgicos (24,3%), o por fallos del sistema (24%), incluyéndose en este ítem problemas de equipamientos, suministros, comunicación, entrenamiento, supervisión, programación u organización, personal y protocolos. Los problemas relacionados con los medicamentos causaron el 12,3% de los EAs. En este estudio una gran parte de los eventos, el 61,6%, generó sólo daños mínimos reversibles en un mes; daño temporal menor de un año en el 19%; daño permanente en el 10,2%, y un 4,5% de los EAs se asoció con la muerte del paciente.

1.6.3. Estudios de seguridad del paciente: Europa.

Los primeros estudios europeos comenzaron a ser publicados en 2001. En Inglaterra, Vincent *et al.*¹⁵⁵ realizaron un estudio piloto en 2 hospitales londinenses, con la revisión de 1.014 historiales clínicos que fueron evaluados siguiendo la metodología del HMPS y el QAHCS. La incidencia de EAs fue del 10,8%, considerándose evitable el 48%. El 66,1% de los pacientes desarrolló daños mínimos o con recuperación en un mes, un 19% desarrolló daño moderado, el 6% daño permanente y en un 8% ocurrió el óbito del paciente.

En Dinamarca, Schiöler *et al.* realizaron otro estudio piloto, publicado en 2001¹⁵⁶. En este trabajo de investigación fueron incluidos 1.097 historiales médicos de 17 hospitales daneses. La incidencia de EAs fue del 9%, siendo un 40,4% de estos eventos considerados evitables. La tasa de EAs asociados a la muerte del paciente fue del 4,9%.

Algunos años después, en 2007, Sari *et al.*¹⁵⁷ vendrían a añadir más datos a la realidad británica de los EAs al estudiar más de 1.000 pacientes de un gran hospital público de Londres con la metodología del estudio de Vincent *et al.* La incidencia de EAs encontrada fue del 8,7%. La proporción de eventos evitables fue del 27%, un valor menor del encontrado en el estudio británico anterior. Las cirugías fueron responsables del 36,8% de los eventos, mientras los medicamentos e infecciones fueron responsables del 14% del total de EAs. El 57% de los pacientes sufrió un daño que se resolvió en menos de un mes, el 22% presentó un daño temporal con duración menor a los 12 meses, un 11% sufrió daño permanente, y en el 9% de los casos se relacionó con la muerte del paciente.

En 2007, Michel *et al.*¹⁵⁸ publicaron datos de un estudio realizado en Francia. Se utilizó una metodología prospectiva con entrevistas a profesionales y la revisión de 8.754 historiales clínicos. La incidencia de EAs fue del 6,6%. Los autores también evaluaron la evitabilidad de los eventos, y la tasa fue del 35,4%. La mayoría de los eventos (42%) se relacionaron con procedimientos invasivos, incluyendo los quirúrgicos. Otra gran parte de los EAs (20%) fue causada por la medicación. Del total de EAs, el 8,2% fue relacionado con la muerte del paciente, y en el 43,2% de los casos éstos aumentaron el tiempo de internamiento hospitalario.

En el año 2008, se publicó en Escocia un estudio realizado por Williams *et al.*¹⁵⁹ en un hospital clínico escocés. En la metodología se realizó una etapa previa de triaje de cada caso, seguido de un análisis para determinar la causa de los eventos. También fueron recogidos datos del sistema voluntario de notificación de EAs del hospital estudiado. La tasa de EAs fue del 7,9%. El 43% de los eventos se consideraron evitables por un grupo de consenso y el 59% de los EAs contribuyó a una prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes o provocó el reingreso hospitalario.

En Portugal, se divulgó en el año de 2011 un estudio de EAs realizado por Mansoa *et al.*¹⁶⁰ con metodología diferente y datos poco comparables con los demás estudios. Los EAs fueron computados en base a los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) presentes en el alta de pacientes ingresados durante el año 2008, en Portugal. Se utilizaron códigos relacionados con las complicaciones médicas y quirúrgicas. La incidencia de ingresos hospitalarios con EAs fue del 2,5%, un porcentaje significativamente más bajo que los valores encontrados en otros estudios europeos. En cuanto a

la gravedad, se concluyó que 5,7% de los pacientes afectados por EAs habían muerto.

En el 2012, Tartaglia *et al.*¹⁶¹ realizaron un estudio en Italia sobre más de siete mil historias clínicas de 5 hospitales de diferentes regiones. La incidencia de EAs encontrada fue del 5,2%. En cuanto a la evitabilidad de los eventos, la tasa fue del 56,7%. En la distribución de los EAs por especialidades destacan en primer lugar los EAs en el área médica (37,5%), en oposición a los resultados de otros estudios; la cirugía es la segunda especialidad en número de EAs (30,1%), seguida de los servicios de urgencias (6,2%) y obstetricia (4,4%). En cuanto a las consecuencias de los EAs, la estancia prolongada fue la consecuencia más frecuente, seguida de la discapacidad al alta. La muerte del paciente ocurrió en el 9,45% de los casos.

Zegers *et al.*^{162, 163} publicaron, en 2009, un estudio realizado en Holanda. Mediante la revisión de 8.400 historias clínicas de 21 hospitales, encontraron un 5,7% de incidencia de EAs. De los eventos, el 39,6% fueron considerados evitables. Más de la mitad (54,2%) de los mismos fueron relacionados con procedimientos quirúrgicos, teniendo importancia también los EAs causados por otros procedimientos médicos (17%) o por problemas relacionados con medicamentos (15,3%). En cuanto a la gravedad de los EAs, el 56,8% causó un daño considerado mínimo por el estudio, mientras que el 30,4% ocasionó daños temporales, el 5% daños permanentes, y el 7,8% contribuyeron a la muerte del paciente.

En 2009, Soop *et al.*¹⁶⁴ publicaron un trabajo realizado en veintiocho hospitales de Suecia. En los casi 1.967 historiales médicos evaluados la incidencia de EAs fue del 12,3%, siendo el 70% de ellos considerados evitables, un número

mayor que el encontrado en otros estudios. Los procedimientos quirúrgicos e invasivos fueron responsables del 49,4% de los EAs. Los problemas relacionados con los medicamentos fueron la causa del 30,1% de los eventos, y los procedimientos diagnósticos del 11,3%. Poco más de la mitad de los EAs, el 53,5%, causaron lesiones mínimas que tuvieron recuperación antes del mes. El 29,8% lesiones temporales, con una duración de hasta 12 meses de duración, mientras que el 10,8% originó daño permanente. Del total de eventos, el 4,1% se relacionó con la muerte del paciente.



1.6.4. Estudios de seguridad del paciente: América Latina.

El mayor estudio en América Latina fue realizado por Aranaz *et al.* y divulgado en 2011¹⁶⁵. Es el Estudio IBEAS, de Prevalencia de los efectos adversos en hospitales de Latinoamérica, que fue realizado con apoyo del MSSSI y de la OMS. Incluyó hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. Es un estudio observacional transversal en 58 hospitales que incluyó a 11.379 pacientes hospitalizados el día que se realizó el análisis. La prevalencia de EAs encontrada fue del 10,5%, variando del 7,7% a 13,1% entre los países. Cerca del 59% de los EAs fueron considerados evitables. El 37,1% de los eventos fueron infecciones intrahospitalarias, el 28,5% se relacionaron con procedimientos quirúrgicos, el 13,4% con cuidados de enfermería y manejo del paciente y el 8,2% fueron causados por problemas relacionados con los medicamentos. El 19,8% de los EAs fueron considerados graves, es decir, que causaron muerte o daño que permaneció al alta o que necesitó de cirugía para corrección. Del total de EAs, el 5,8% se relacionó con la muerte del paciente.

En 2015, Montserrat-Capella *et al.* publicaron los resultados del estudio AMBEAS¹⁶⁶ (Estudio sobre la frecuencia de Eventos adversos en la atención ambulatoria en Latinoamérica). El objetivo del estudio era determinar la frecuencia y la evitabilidad de EAS a partir de las fuentes de información disponibles en la atención ambulatoria de diferentes países de América Latina (México, Perú, Brasil y Colombia). Se incluyeron 2.080 pacientes. La prevalencia de EAs fue del 5,2%, y la incidencia acumulada fue del 2,4%. Se consideró que cerca del 50% de los EAs eran prevenibles.

1.6.5. Estudios de seguridad del paciente en España.

En España, al igual que a nivel internacional, se han producido iniciativas relevantes en los últimos años orientadas al estudio y la mejora de la seguridad asistencial.

1.6.5.1. Estudio ENEAS.

El Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos (ENEAS¹⁶⁷, 2005), promovido por el MSSSI, supuso un hito a nivel nacional en cuanto al análisis de los EAs derivados de la asistencia sanitaria hospitalaria. El objetivo del estudio ENEAS fue:

1. Determinar la incidencia de EAs en los hospitales.
2. Describir las causas inmediatas de los EAs.
3. Definir los EAs evitables.
4. Conocer el impacto de los EAs en términos de incapacidad, exitus y/o prolongación de la estancia hospitalaria de los pacientes.

En cuanto a la metodología, se trata de un estudio de cohortes retrospectivo a partir de revisión de historias clínicas del medio hospitalario. Se estudiaron un total de 42.714 estancias hospitalarias y se incluyeron en este estudio 5.624 pacientes de 24 hospitales de diferentes Comunidades Autónomas. La selección de pacientes fue estratificada por el nivel de complejidad de los centros hospitalarios:

- 451 pacientes de 6 hospitales pequeños (< 200 camas).
- 2.885 pacientes de 13 hospitales medianos (de 200 a 499 camas).
- 2.288 pacientes de 5 hospitales grandes (\geq 500 camas).

Los autores encontraron una incidencia del 9,3% de EAs. La tasa de eventos evitables fue del 42,6%, muy semejante a los resultados ya referidos

previamente de Vincent *et al.* y Schiöler *et al.* Los problemas relacionados con los medicamentos fueron responsables del 37,4% de los EAs, mientras que las infecciones nosocomiales y los procedimientos quirúrgicos fueron responsables, cada uno, del 25% de los eventos. La repercusión de los eventos fue clasificada de forma diferente a estudios anteriores. Eventos graves, que incluyeron aquellos relacionados con fallecimiento o necesidad de cirugía, supusieron el 16% del total de eventos. Específicamente, los eventos relacionados con la muerte fueron el 3,5% del total de EAs. Los eventos moderados fueron responsables del 39% del total, incluyéndose aquí los EAs que causaron reingreso o aumento del tiempo de ingreso. Los demás eventos, el 45% del total, fueron considerados leves.

Tabla 3. Incidencia de eventos adversos. Estudio ENEAS.

INCIDENCIA	(%)	IC 95%
Incidencia de Pacientes con EA (Asistencia Hospitalaria)	8,4	7,7 – 9,1
Incidencia de Pacientes con EA (Incluyendo pre-hospitalización)	9,3	8,6 – 10,1
Incidencia de Pacientes con EA Hospitalarios (incluyendo flebitis)	11,6	10,8 – 12,5

Tabla 4. Características de los eventos adversos. Estudio ENEAS.

NATURALEZA DEL PROBLEMA	Totales (%)	Evitables (%)
Relacionados con un procedimiento	25,0	31,7
Relacionados con infección nosocomial	25,3	56,6
Relacionados con la medicación	37,4	34,8
Relacionados con los cuidados	7,6	56,0
Relacionados con el diagnóstico	2,7	84,2
Otros	1,8	33,4
Total	655 (100%)	278 (42,6%)

1.6.5.2. Estudio APEAS.

Igualmente promovido por el MSSSI, en el año 2007 se realizó el Estudio sobre la seguridad de los pacientes en AP de salud (APEAS)¹⁶⁸.

Se trata de un estudio observacional transversal. Esta investigación se llevó a cabo en 48 centros de salud de 16 comunidades autónomas y en la misma participaron 452 profesionales sanitarios (251 médicos de familia, 49 pediatras y 152 enfermeros). En total se analizaron los datos de 96.047 consultas.

Los objetivos generales fueron:

1.- Mejorar el conocimiento en relación con la SP, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los EAs, y el análisis de las características de los pacientes y de la asistencia, que se asocian a la aparición de EAs evitables.

- 2.- Incrementar el número de profesionales involucrados en la SP.
- 3.- Incorporar a la agenda de los equipos de AP objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

Constituyeron los objetivos específicos:

- 1.- Identificar los sucesos adversos que se derivan de la asistencia sanitaria en AP, incluyendo tanto incidentes (sin daño para el paciente) como EAs (con daño).
- 2.- Estimar la frecuencia de EAs asociados a la asistencia sanitaria en Centros de Salud de diferentes Comunidades Autónomas.
- 3.- Identificar las características del paciente y de la asistencia en los pacientes con EAs relacionados con la asistencia sanitaria.
- 4.- Estimar el impacto de la asistencia en los EAs, distinguiendo los evitables de los que no lo son.
- 5.- Describir los tipos de EAs asociados a la asistencia sanitaria.
- 6.- Analizar los factores contribuyentes a la aparición de EAs.

Resultados

La prevalencia de incidentes fue de 7,45‰ (IC95%: 6,91 – 8,00) y la de EAs de un 11,18‰ (IC95%: 10,52- 11,85). La prevalencia de pacientes con algún EA fue de 10,11‰ (IC95%: 9,48- 10,74). Un 6,7% de los pacientes acumuló más de un EA.

El 54,7% se consideraron EAs leves, el 38,0% moderados y el 7,3% graves.

Como en otros estudios, en el 48,2% de los casos los factores causales de los EAs estaban relacionados con la medicación¹⁶⁹, en el 25,7% con los cuidados, en el 24,6% con la comunicación, en el 13,1% con el diagnóstico, en el 8,9% con la gestión y en un 14,4% existían otras causas.

Destacan como EAs más frecuentes: náuseas, vómitos o diarrea secundarios a medicación, prurito, rash o lesiones dérmicas reactivas a fármacos o apósitos, infección de herida quirúrgica y/o traumática y alteraciones neurológicas secundarias a fármacos, que acumulan un 44% de los efectos adversos.

Se consideraron EAs completamente inevitables el 6,7%, poco evitables el 23,1% y claramente evitables el 70,2% de los casos.

La evitabilidad de los EAs se relacionó con su gravedad, de tal forma que los EAs leves eran evitables en un 65,3%, los moderados lo eran en un 75,3% y los graves en un 80,2%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p\text{-valor}<0,001$).

La consecuencia más común de los EAs fue un peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, y no fue nada despreciable (un 8,4%) la infección relacionada con los cuidados (infección nosocomial) en AP.

Una cuarta parte de los EAs no precisó cuidados añadidos, otra cuarta parte tuvo que ser derivado a asistencia especializada y la mitad fue resuelta directamente en AP. Los médicos de familia y pediatras detectaron de forma más frecuente los EAs relacionados con la medicación y con peor curso evolutivo de la enfermedad de base del paciente, mientras que los relacionados con los cuidados, con un procedimiento y con infección nosocomial fueron detectados principalmente por el personal de enfermería. De este estudio se desprende que la SP es importante en AP. Aunque la frecuencia de EAs es relativamente baja, la elevada frecuentación de la población en este nivel de atención hace que sean numerosos los pacientes afectados. La prevención de los efectos adversos en AP se perfila como una estrategia prioritaria dado que el 70% de los efectos adversos son evitables, y son más evitables (80%) a medida que es mayor su gravedad.

1.7. Cultura de seguridad.

“Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”.

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934).

Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906.

Aunque el concepto cultura de seguridad (CS) tuvo su origen en la psicología social y conductual de los años 50 y 60 del siglo XX¹⁷⁰, fue en el primer informe del desastre nuclear, ocurrido en 1986 en Chernóbil (Ucrania, antigua URSS), donde se utilizó por primera vez de forma oficial, al ser introducido por la Agencia Internacional de Energía Atómica (IAEA) para explicar los errores organizativos y violaciones de procedimientos por parte de los operarios que facilitaron las condiciones que dieron lugar al accidente^{171, 172, 173}. La planta nuclear de Chernóbil tenía procesos de gestión de seguridad y operarios entrenados, que contaban con procedimientos claros. Sin embargo, las deficiencias en las actitudes hacia la seguridad en la organización provocaron el desastre. Desde entonces varios informes públicos de investigación han señalado a una cultura de seguridad pobre como el factor determinante en varios accidentes^{174, 175, 176}.

La CS está relacionada con los sistemas de gestión y de supervisión, y también con la conducta de las personas en su trabajo, resaltando la contribución de cada individuo en todos los ámbitos de la organización, y se refleja en la disposición de ésta para desarrollarse y aprender de los errores, incidentes y accidentes¹⁷⁷.

Para entender los orígenes de la CS, es necesario explicar previamente el significado del concepto cultura organizativa. Se entiende por cultura organizativa (también conocida como cultura organizacional, cultura

institucional, cultura administrativa, cultura corporativa) el conjunto de experiencias, hábitos, costumbres, creencias y valores que caracteriza a un grupo humano, aplicado al ámbito restringido de una organización, institución, administración, corporación o empresa¹⁷⁸. En síntesis, es la forma en que se hacen las cosas en una organización¹⁷⁹. Dondequiera que trabajemos, estamos inmersos en una cultura organizativa, y nos acostumbramos a ella.

La CS tal vez sea de difícil aprehensión, ya que la cultura no es una entidad tangible. Se trata de un concepto abstracto admitido en el seno de una organización o una sociedad. No hay formas directas de cuantificarla. Con todo, es crucial para comprender las posibilidades de la prevención¹⁸⁰. Es el resultado de valores, actitudes, percepciones, competencias y formas de comportamiento de un individuo o grupo que determinan, por una parte, el compromiso con los programas de salud y seguridad de una organización y, por otra, el estilo y aptitud de los programas de salud y seguridad¹⁸¹. Hay que resaltar que la CS se refiere a la realidad de la seguridad y no necesariamente a lo que la gente dice que se debería hacer. Las organizaciones con una CS positiva se caracterizan por una comunicación basada en la confianza mutua, que comparten la percepción de la importancia de la seguridad y confían en la eficacia de las acciones preventivas¹⁸².

La CS puede tener un impacto directo en el resultado de la seguridad. Pensar que la seguridad no es realmente importante, relativizar su carácter prioritario, incluso en momentos puntuales, puede llevar a situaciones o decisiones potencialmente peligrosas (alternativas no analizadas desde el punto de vista de la seguridad, atajos, etc.). Asimismo, una buena CS ayuda a arraigar las buenas prácticas y comportamientos relativos a la seguridad¹⁸³.

Como indica la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente del SNS del Reino Unido, la CS se asienta sobre cinco elementos clave¹⁸⁴:

1. **Cultura abierta e imparcial:** Indica la necesidad de una atmósfera de confianza en la que las personas proporcionan información esencial para la investigación de accidentes e incidentes de seguridad, incluidos los errores propios. Se basa en el concepto no-punitivo, que no significa impunidad ante actos deliberados o negligencia flagrante.
2. **Cultura de Notificación:** Incentiva a los empleados a revelar información sobre posibles amenazas a la seguridad que conozcan, incluso sus propios errores.
3. **Cultura de Información:** La organización recoge datos de accidentes e incidentes y los combina con información de medidas proactivas, como auditorías o encuestas de seguridad. Esto requiere la participación activa y honesta del personal a la hora de notificar incidencias, participar de la forma en que la organización gestiona la seguridad.
4. **Cultura de Aprendizaje:** La organización tiene la voluntad de cambiar basándose en los indicadores de seguridad y amenazas detectadas a través de análisis de riesgos, auditorías y análisis de incidencias.
5. **Cultura Flexible:** La organización es capaz de reconfigurar el sistema en función de la experiencia de seguridad y permite reacciones más rápidas y suaves ante eventos fuera de los valores nominales.

Si bien se ha hecho mucho trabajo en este campo, aún no hay una definición universalmente aceptada de Cultura de Seguridad del Paciente (CSP). Las acepciones más aceptadas son las siguientes:

- **National Patient Safety Foundation, 2001¹⁸⁵**

La CS presenta los siguientes cinco atributos de nivel superior que los profesionales sanitarios se esfuerzan por poner en práctica mediante la aplicación de sólidos sistemas de gestión de la seguridad:

1. Una cultura en la que todos los trabajadores (lo que incluye al personal de primera línea, los médicos y los administradores) aceptan responsabilizarse de su propia seguridad y de la de sus compañeros de trabajo, los pacientes y los visitantes.
2. Una cultura que concede prioridad a la seguridad por encima de las metas financieras y operacionales.
3. Una cultura que fomenta y recompensa la identificación, la comunicación y la resolución de los problemas de seguridad.
4. Una cultura que pone los medios para que las organizaciones aprendan de los accidentes.
5. Una cultura que proporciona los recursos, la estructura y la transparencia adecuadas para mantener unos sistemas de seguridad eficaces.

- **ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety, 1993¹⁸⁶**

La CS de una organización es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos, que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, y el estilo y la competencia de dicha gestión.

- **Agency for Healthcare Research and Quality, 2001¹⁸⁷**

Las organizaciones con culturas de la seguridad eficaces comparten un compromiso constante con la seguridad como prioridad del máximo nivel que impregna toda la organización. Los componentes más destacados son:

1. El reconocimiento de que las actividades de una organización son de alto riesgo y propensas a los errores,
2. Un entorno que no culpabilice y en el que los individuos puedan notificar errores o cuasiincidentes sin ser castigados,
3. Una expectativa de colaboración entre estamentos profesionales para buscar soluciones a las vulnerabilidades, y
4. Una voluntad por parte de la organización de asignar recursos a la corrección de los problemas de seguridad

- **Consejo de Europa. 2005¹⁸⁸**

En este caso, la CS sería un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.

A pesar de no existir una definición acordada de la CSP, las organizaciones proveedoras de cuidados de la salud deben adoptar una cultura en la que los profesionales tengan conciencia activa y constante de las situaciones que pueden llevar a cometer errores. Debe ser una cultura abierta y justa, que estimule a los profesionales a hablar de sus propios errores, con el objetivo de que acepten la responsabilidad de la seguridad y que asuman la seguridad por

encima de los objetivos financieros u organizativos. Para ello, se deben aceptar las siguientes premisas sobre la CS:

- Debe incentivar la identificación, comunicación y solución de eventos de seguridad.
- Debe promover el aprendizaje organizativo como resultado del estudio de los errores y EAs derivados de la actividad asistencial.
- Debe proporcionar los recursos adecuados, la estructura, además de la responsabilidad de mantener los sistemas de seguridad efectivos¹⁸⁹.

La primera etapa en el desarrollo de una estrategia de fomento de la seguridad debe ser el establecimiento y la identificación de la CSP en los distintos niveles asistenciales de las organizaciones prestadoras de los cuidados de la salud, tal como indica la recomendación del Consejo de Europa¹⁹⁰ (2006).

La mejora de la CS precisa de una evaluación inicial de la misma, a fin de obtener información relativa a cómo se percibe y se maneja la SP a todos los niveles de una organización. La evaluación puede realizarse a través de innumerables instrumentos entre los que destacan los cuestionarios y, de forma complementaria, la investigación cualitativa que facilita su comprensión y el diseño de acciones de mejora conformes a dicha evaluación.

1.8. Evaluación de la Cultura de Seguridad.

Cuando se evalúa la CS es necesario investigar las creencias reales del personal de una organización acerca de la seguridad, incluyendo sus valores, y también sus percepciones acerca de los valores de los demás, especialmente sus compañeros y superiores.

En general, se observa en la comunidad científica y en las acciones desarrolladas por los organismos internacionales el interés y el compromiso en la búsqueda de soluciones para reducir el nivel de riesgo de los pacientes, garantizar la calidad en el cuidado de la salud y el desarrollo de métodos y técnicas fiables para determinar el tipo y la naturaleza de la CS profesional y de los centros sanitarios.

En consecuencia, la evaluación de la CS es el punto de partida para comenzar a planificar acciones que reduzcan la incidencia de efectos adversos, por lo que se pretende garantizar la prestación de una atención segura¹⁹¹.

Intentar comprender la CS de una organización mediante la realización de una evaluación constituye sin duda alguna un reto importante. La relevancia del factor cultural viene dado por el hecho de que los supuestos culturales inciden en las actuaciones de las personas dentro de la organización. Además, en el caso de la CS se trata de supuestos que determinan comportamientos organizativos especialmente vinculados con la seguridad¹⁹².

Para cuantificar el nivel de cultura de SP en una organización se han ideado una serie de cuestionarios validados.^{193, 194, 195}

Según Pronovost *et al.* para establecer una CS en una organización de salud, el primer paso es evaluar la cultura actual¹⁹⁶. La evaluación de la CS, ya requerida por las organizaciones internacionales de acreditación de hospitales,

permite identificar y gestionar de forma prospectiva las principales cuestiones rutinarias de seguridad y condiciones de trabajo, con el fin de controlar los cambios y resultados de seguridad. Este enfoque proporciona el acceso a la información transmitida por los empleados acerca de sus percepciones y comportamientos relacionados con la seguridad, lo que permite, según Nieva y Sorra¹⁹⁷, la identificación de las áreas problemáticas para poder planificar e implementar intervenciones. Para estos autores, la evaluación de la CS puede tener varios propósitos:

1. El diagnóstico de la CS y la conciencia de los empleados por este tema;
2. La evaluación de las intervenciones sobre la SP implantadas en la organización y el seguimiento de los cambios en el tiempo;
3. La comparación de datos internos y externos a la organización con datos de referencia; y
4. La verificación del cumplimiento de los requisitos reglamentarios.

La multiplicidad de definiciones de la cultura y el clima de seguridad¹⁹⁸ refleja la diversidad de metodologías utilizadas para evaluar la cultura de la seguridad en una organización^{199, 200, 201}.

El enfoque epidemiológico cuantitativo utiliza cuestionarios de autocumplimentación y está estrechamente relacionado con la evaluación del clima de seguridad o de componentes medibles de la cultura de seguridad.

Por su parte, el enfoque cualitativo socio-antropológico prevé la evaluación de la CS a través de técnicas de observación asociadas con las entrevistas.

Tradicionalmente, los estudios de CS en organizaciones de alta fiabilidad han implementado el cuestionario como instrumento predominante para la recogida

de datos. Del mismo modo, la mayoría de los estudios de evaluación de la CS en las organizaciones de atención de la salud utilizan cuestionarios como instrumento de recogida de datos. La administración de cuestionarios presenta una serie de ventajas. En primer lugar, los cuestionarios son una técnica que permite obtener datos de muestras grandes de una forma relativamente fácil, representando las características de la organización de forma rápida y exhaustiva²⁰².

Estos cuestionarios se basan en una combinación de dimensiones y son considerados como una estrategia efectiva por ser anónimos y con menores costos que los enfoques cualitativos para la recogida de datos sobre cultura de la seguridad²⁰³. Los cuestionarios se diferencian en el número de elementos y dimensiones que miden y la variación de sus propiedades psicométricas, validez y fiabilidad^{204,205,206}.

Según Robb y Seddon, para garantizar el éxito de los estudios que utilizan el cuestionario como herramienta de recogida de datos es fundamental un alto porcentaje de respuestas. Si esta condición se cumple, los cuestionarios proporcionan la percepción de las debilidades y fortalezas de la cultura de la organización en su conjunto, y dentro de los departamentos o servicios, unidades de trabajo y grupos profesionales²⁰⁷. Estos autores consideran esencial la participación de los directivos y de los líderes de las unidades para lograr una tasa de respuesta adecuada.

Algunos de los beneficios esperados del desarrollo de una CS en las instituciones sanitarias son:

- La reducción potencial en la recurrencia y la gravedad de incidentes de seguridad del paciente, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizativo.
- La reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado para prevenir errores, sobre todo facilitando el hablar de forma abierta cuando las cosas fallan.
- La mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención sanitaria como consecuencia de los incidentes reflejados.
- La reducción en los amplios costes financieros y sociales provocados por incidentes de SP, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez.



1.8.1. Cuestionarios para la evaluación de la Cultura de Seguridad.

La selección del cuestionario que debe utilizarse depende de su propósito, las preguntas a las que se quiere responder; y debe ser apropiado en términos de sus propiedades psicométricas²⁰⁸.

En una revisión realizada por Pumar-Méndez *et al.*, publicada en 2014²⁰⁹, en la que se incluyeron las publicaciones del periodo 1999-2012 relacionadas con la metodología de la evaluación de la CSP en el medio hospitalario, se indica que en la referida evaluación son cruciales tres puntos:

- 1) El enfoque de la investigación;
- 2) El cuestionario utilizado para la recopilación de datos;
- 3) Los niveles de agregación de datos para la realización de análisis.

Colla *et al.*, en un estudio²¹⁰ realizado en 2005, compararon las características generales de los cuestionarios utilizados para medir el clima de seguridad, las dimensiones contempladas por ellos y sus propiedades psicométricas. Identificaron 9 cuestionarios. De ellos, 7 son aplicables a contextos de atención de la salud general (genérico); 2 son para áreas específicas de atención de la salud: uno para los medicamentos - *Medication Safety Self Assessments-MSSA (Institute for Safe Medication Practices –ISMP²¹¹-)* y el otro para las transfusiones -*Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey-HTSSCS²¹²*. En todos los cuestionarios incluidos en el estudio se utilizó la escala de 5 puntos de Likert para medir las actitudes de los encuestados sobre diversos aspectos de la SP. Los autores encontraron una amplia variación en el número de ítems en el cuestionario (19 a 194 ítems). Siete de los nueve cuestionarios tienen 5 dimensiones comunes de clima de SP: liderazgo, políticas y procedimientos, personal, comunicación y presentación de informes de EAs.

La cantidad y la calidad de las pruebas psicométricas también variaron considerablemente entre los instrumentos evaluados. Las pruebas psicométricas no se informaron en todos los estudios, como en el *Strategies for Leadership: an Organizational Approach to Patient Safety*–SLOAPS (Voluntary Hospitals of America²¹³); y en el *Culture of Safety Survey*–CSS²¹⁴. Sin embargo, las pruebas psicométricas fueron incluidas para los siguientes instrumentos: *Veteran Administration Patient Safety Culture Questionnaire* – VHA PSCQ²¹⁵; el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* – HSOPSC²¹⁶; y el *Safety Attitudes Questionnaire* – SAQ²¹⁷.

Flin *et al.*²¹⁸ revisaron los estudios cuantitativos con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de los instrumentos diseñados para medir este constructo. Se identificaron doce estudios. De estos, el HSOPSC reunió un mayor número de criterios psicométricos específicos, que mostró resultados adecuados en los análisis.

Robb y Seddon²¹⁹, interesados en investigar la mejor forma de medir y mejorar la cultura de SP, llevaron a cabo, en 2010, una revisión de la literatura e identificaron 12 cuestionarios. Los autores concluyeron que los cuestionarios SAQ y HSOPSC cumplieron con los criterios de fiabilidad y validez, y por lo tanto, recomiendan que uno de estos dos cuestionarios sea utilizado en la medición de la cultura de seguridad en los hospitales.

A su vez, Halligan y Zecevic²²⁰, preocupados por la robustez teórica y metodológica, realizaron una revisión con el fin de sintetizar las definiciones de CS, identificar las dimensiones y medidas de la CS en el contexto de la atención de salud. El estudio identificó 139 publicaciones que utilizan 12 cuestionarios diferentes como instrumento de medición. Sin embargo, los

cuatro cuestionarios utilizados en la mayoría de los estudios identificados fueron: HSOPSC, SAQ, *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey*–PSCHO²²¹ y *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument* – MSI²²². Aunque se han mencionado otros dos instrumentos, esta revisión confirma la anterior que puso de relieve la prevalencia actual de utilizar el HSOPSC y el SAQ para medir la cultura de SP. Además de esto, un estudio realizado por Etchegaray y Thomas²²³ en 2012 evaluó la fiabilidad y la validez predictiva de estos dos cuestionarios. Las dimensiones de SAQ y HSOPSC presentaron niveles de confiabilidad adecuados y ambos presentaron validez predictiva similar.

Para la evaluación de la CSP en Atención Primaria existen 3 cuestionarios en la actualidad:

1. La versión adaptada del SAQ²²⁴, con 62 ítems, que mide seis dimensiones de seguridad, y
2. El *Manchester Patient Safety Framework* (MaPSaF)²²⁵, cuestionario británico que mide 9 dimensiones críticas de SP, con una metodología cualitativa.
3. En 2008, la *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ), de los EEUU, basándose en el *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), diseñó un cuestionario para valorar la CSP dirigido específicamente a la atención ambulatoria. Es el denominado *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC)²²⁶.

La versión española para atención primaria del cuestionario de MOSPSC fue validada en 2013²²⁷.

1.8.2. Características del cuestionario MOSPSC.

El cuestionario MOSPSC de la AHRQ estadounidense valora la cultura de la SP y la calidad asistencial en un entorno de trabajo en equipo propio de los Centros de Salud de Atención Primaria, para profesionales sanitarios y no sanitarios, presenta un desarrollo psicométrico riguroso y se ha aplicado extensamente, permitiendo la comparación internacional.

El cuestionario MOSPSC de la AHRQ está constituido por 52 preguntas que miden 12 dimensiones de la CSP, siendo 6 de ellas específicas para las consultas de atención ambulatoria (tabla 5).

Las sentencias están redactadas de forma que algunas expresan aspectos positivos y otras negativos, y las respuestas se presentan según una escala Likert, de 5 o 6 opciones según la sección.

El cuestionario también incluye 2 preguntas de valoración global de la SP y la calidad, completándose con una sección que recoge variables sociodemográficas y ligadas al puesto de trabajo y otra en la que los encuestados pueden escribir comentarios.

La adaptación transcultural se realizó durante el año 2010, con el método de traducción/retrotraducción conceptual por personas bilingües²²⁸. A diferencia de la versión original, la versión española del MOSPSC consta de 63 preguntas que miden 12 dimensiones de la cultura de SP (tabla 6).

Este proceso de adaptación transcultural se desarrolló en 5 etapas:

- Etapa 1: Traducción de la versión original realizada por dos traductores bilingües, con el español como lengua materna y con experiencia en literatura científica.

- Etapa 2: Evaluación de la equivalencia conceptual por un médico de familia con experiencia laboral en países anglosajones. En esta fase se evaluó la equivalencia conceptual, claridad y naturalidad de cada una de las frases y opciones de respuesta. También se realizó una primera retrotraducción al inglés.
- Etapa 3: Valoración de aceptabilidad y viabilidad mediante un pilotaje en el 2009. Tras esta etapa se matizaron la redacción de varias preguntas y se realiza una tercera versión del cuestionario original.
- Etapa 4: Análisis de la validez del contenido. En esta fase se duplicaron 6 preguntas para recoger la opinión específica de profesionales sanitarios sobre aspectos de la seguridad del paciente, ya que la versión original solo dirigía estas cuestiones al personal no sanitario.
- Etapa 5: Pilotaje del cuestionario español adaptado. Análisis de la respuesta y evaluación de las propiedades psicométricas, que se realizó mediante una muestra de 30 profesionales de distintas categorías laborales (personal médico, de enfermería y no sanitario) de centros de salud de Aragón, Castilla-León, Madrid, Andalucía y Cataluña.

Como resultado final, los valores de α de Cronbach obtenidos son parejos a los notificados por la AHRQ en la mayoría de las dimensiones. La versión en español del cuestionario de CSP tiene validez de constructo, consistencia interna y estructura similares al original de la AHRQ, lo que permite realizar comparaciones con los resultados de este último, a pesar de las preguntas adicionales que presenta la versión española de atención primaria.

Tabla 5. Cuestionario MOSPCS de la AHRQ.

Sección		Nº preguntas
Sección A	Aspectos relacionados con la seguridad y la calidad	9 (A1 a A9).
Sección B	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	4 (B1 a B4)
Sección C	Trabajando en el Centro de salud	19 (C1 a C19)
Sección D	Comunicación y seguimiento	14 (D1 a D14)
Sección E	Apoyo de los líderes	4 (E1 a E4)
Sección F	En el centro de trabajo	7 (F1 a F7)
Sección G1	Puntuaciones globales sobre la calidad	5 (G1 a G5).
Sección G2	Puntuaciones globales en seguridad y calidad	1 (G6).

Tabla 6. Correspondencia entre las dimensiones del cuestionario MOSPSC de la AHRQ y la versión española validada.

Dimensiones	MOSPSC de la AHRQ Preguntas adscritas	Versión española Preguntas adscritas
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad	A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9	A2, A3, A4, A6, A7, A8, A9
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	B1, B2, B3, B4, B5	B1, B2, B3, B4
Trabajo en equipo	C1, C2, C5, C13	C1, C2, C5, C13
Ritmo y carga de trabajo	C3, C6, C11, C14	C3, C6, C11, C14
Formación del personal no sanitario	C4, C7, C10	A5, C4, C7
Formación del personal sanitario		C16, C17
Procedimientos establecidos en el centro	C8, C9, C12, C15	C8, C9, C12, C15, C18, C19
Comunicación franca	D1, D2, D4, D10	D1, D2
Seguimiento de la atención de los pacientes	D3, D5, D6, D9	D3, D5, D6, D9
Comunicación sobre el error	D7, D8, D11, D12	D4, D10, D7, D8, D12, D13, D14
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	E1, E2, E3, E4	E1, E2, E3, E4
Aprendizaje organizacional	F1, F5, F7	D11, D14, F1, F2, F5, F7
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad asistencial	F2, F3, F4, F6	F3, F4

1.8.3. Evaluación de la Cultura de Seguridad en España.

En nuestro país, el Plan de Calidad para el SNS 2006-2010 contemplaba, entre las grandes áreas de interés sanitario, el fomento de la excelencia clínica y formula como una de las estrategias para lograrla “mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS” (estrategia 8). El primer objetivo de dicha estrategia era promover una CS en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje, objetivo que es compartido internacionalmente²²⁹.

En la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS para el período 2015-2020 del MSSSI se indica que las estrategias internacionales en seguridad del paciente se orientan principalmente a dos grandes áreas: el cambio cultural de los profesionales y la implementación de prácticas seguras²³⁰. La primera línea estratégica que indica este documento está referida a la CS, los factores humanos y organizativos.

En el medio hospitalario.

En 2009, el MSSSI publicó un estudio realizado en 24 hospitales españoles y en el que participaron 6.257 profesionales sanitarios (medicina, enfermería, farmacia, y otros titulados sanitarios)²³¹. El tipo de encuesta utilizada proporcionaba información sobre la percepción relativa a las siguientes 12 dimensiones de la CSP:

1. Frecuencia de eventos notificados (3 ítems).
2. Percepción de seguridad (4 ítems).
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad (4 ítems).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua (3 ítems).

5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio (3 ítems).
6. Franqueza en la comunicación (3 ítems).
7. Feed-back y comunicación de errores (3 ítems).
8. Respuesta no punitiva a los errores (3 ítems).
9. Dotación de personal (4 ítems).
10. Apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad del paciente (3 ítems).
11. Trabajo en equipo entre unidades (4 ítems).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades (4 ítems).

Se analizaron 2.503 encuestas (respuesta: 40%). La tasa de respuesta fue mayor en farmacéuticos y otros licenciados sanitarios (74,4% y 72,2% respectivamente) que en personal de enfermería (35,5%) o médico (26,2%). El 93% de los profesionales que respondieron tenían contacto directo con los pacientes. El 50% calificó la seguridad entre 6 y 8; el 95% notificó <2 eventos en el último año.

Siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ (que considera fortaleza cuando hay $\geq 75\%$ de respuestas positivas en un ítem y debilidad u oportunidad de mejora si hay $\geq 50\%$ de respuestas negativas), en este estudio se identificaron fortalezas y debilidades en el clima de seguridad. En positivo destacaron las dimensiones “Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicios” y “Acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad”. Como debilidades destacaron

“Dotación de personal”, “Trabajo en equipo entre unidades/servicios”, “Percepción de seguridad” y “Apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente”.

A la vista de los resultados obtenidos, los autores firmantes del estudio concluyeron que sería conveniente efectuar las siguientes intervenciones:

1. Fomentar la notificación interna y discusión de los incidentes y episodios adversos que puedan ocurrir. La clara actitud positiva para aprender de ellos es una fortaleza que debe ser aprovechada.
2. Tratar los temas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual.
3. La buena percepción de la importancia de la interrelación interna en las diversas Unidades o Servicios debe ser asimismo aprovechada.
4. Prestar atención prioritaria a la racionalidad de la dotación y organización del personal y los ritmos de trabajo a que puedan verse sometidos, ya que en este ámbito es donde se percibe la existencia de debilidades u oportunidades de mejora.
5. Fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios. Particularmente en hospitales de tamaño grande y mediano se percibe la necesidad de mejorar la coordinación entre Unidades y Servicios, y debería por tanto desarrollarse una estrategia tendente a hacer extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.
6. Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de la gerencia.

En atención primaria.

En nuestro país, en el marco de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS, desplegada por el MSSSI, se han promovido y financiado diferentes investigaciones para alcanzar los objetivos propuestos en dicha estrategia. Una de estas investigaciones ha consistido en conocer cuál es la cultura/clima de SP en la AP del SNS. Este proyecto, fue realizado por el grupo de trabajo de SP de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFiC) y fue desarrollado en dos etapas. La primera, realizada durante los años 2009-2010, consistió en la selección de un instrumento para la medición de la CSP, siendo escogido finalmente el cuestionario MOSPSC de la AHRQ, por lo que se procedió a su traducción, adaptación y validación a la AP de España. La segunda etapa del proyecto consistió en la aplicación de dicho cuestionario a nivel nacional. Esto ha permitido una primera aproximación en nuestro país a la medición de la CSP en AP, dando así respuesta al primer objetivo de la estrategia 8 del Plan de Calidad del SNS Español (promover una CS en todos los niveles de la atención sanitaria, con un enfoque de gestión proactiva, preventiva y de aprendizaje), y siguiendo también las directrices supranacionales.

Como consecuencia de este proyecto, en 2014 se publicó el estudio de CSP realizado en 215 centros de salud de España, con la excepción de las Comunidades Autónomas de Asturias y Galicia, en el que participaron 4.337 profesionales (médicos, personal de enfermería y personal no sanitario). Cumplimentaron el cuestionario un total de 4.344 profesionales, de los cuales el 70,7% fueron mujeres y el 29,3% varones, con una media de edad de 47,0 años (IC95% de 46,7 a 47,3).

En cuanto al número de años trabajados en el mismo centro de AP, el porcentaje mayor es el que corresponde al intervalo entre 3 y 6 años, con un 23,6%, teniendo la mayoría de los encuestados un número de horas semanales de trabajo entre 33 y 40. La categoría profesional con mayor representación fueron médicos (42,2%), seguida de personal de enfermería (34,9%), correspondiendo un 18,0% a los profesionales no sanitarios. Un 8,8% tenían dentro del centro de salud un puesto de responsabilidad, siendo el 45,3% coordinadores o directores médicos, el 19,1% jefes de grupo administrativo y el 35,6% responsables de enfermería. A su vez se identificaron un 1,8% como médicos residentes de MFyC, un 1,4% como trabajadores sociales y un 1,7% se clasificaron como otro tipo de trabajadores sanitarios (de los cuales el 45,5% eran auxiliares de enfermería, 13,0% odontólogos, 17,7% fisioterapeutas y 23,8% otros profesionales).

Las conclusiones del estudio son las siguientes²³²:

1. La primera evaluación de la CSP en los profesionales de la AP tuvo una elevada tasa de respuesta por parte de las comunidades autónomas y en particular de los centros participantes, lo que permite disponer así de una aproximación en este ámbito en nuestro país.
2. La percepción de SP por parte de los profesionales de AP es positiva, con un Índice Sintético de SP (ISSP) de 3,71 y un Índice Global de Seguridad (IG2) de 3,25, algo inferior a la recogida en la encuesta MOSPSC de la AHRQ de los profesionales americanos.
3. La percepción positiva de la SP se observa en todas las dimensiones del cuestionario a excepción de "Ritmo y carga de trabajo". Esta dimensión es también la peor valorada en la encuesta americana.

4. La valoración de “Ritmo y carga de trabajo” está claramente influenciada por el número de pacientes/usuarios adscritos a cada médico.
5. Las mujeres presentan una percepción más positiva que los varones en todas las dimensiones del cuestionario.
6. Las puntuaciones son más bajas entre el colectivo médico de forma general en todas las dimensiones.
7. Las dimensiones relacionadas con el control y seguimiento de los pacientes y documentación, pruebas, procesos etc. tienen una mayor puntuación por parte de enfermería.
8. La dimensión “Comunicación sobre el error” entre los profesionales no sanitarios muestra una mejor disposición de éstos a comunicar los incidentes ocurridos.
9. Cada colectivo profesional percibe que los otros están mejor formados, minusvalorando la formación propia.
10. Los que se autclasifican como líderes presentan de forma general una percepción más positiva en prácticamente todas las dimensiones.
11. Los puntos fuertes encontrados se encuentran en las siguientes dimensiones: “Seguimiento de la atención a los pacientes”, “Aprendizaje organizacional” y “Trabajo en equipo”.
12. No se presentaron datos desagregados referidos a los médicos residentes de MFyC.



2. Justificación y objetivos.

Desde la publicación del informe *To err is human: Building a safer Health System* se considera que la promoción e implementación de la CSP es un punto crucial para optimizar la SP y la calidad de la asistencia prestada²³³.

El MSSSI, en el punto 1 de la estrategia 8 (“Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS”) del Plan de Calidad para el SNS, indica la necesidad de “promover y desarrollar el conocimiento y la CSP entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria” y de “realizar estudios sobre la percepción de los profesionales del SNS hacia la SP”²³⁴. En 2014, el MSSSI publicó el informe “Análisis de la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud”. En este estudio no se incluyó ningún profesional de AP de Galicia y el número de médicos residentes de MFyC incluidos a nivel nacional fue menor del 2% del total de la muestra.

A pesar de que la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia indicó como objetivo, en su Plan Estratégico SERGAS 2014, la necesidad de “fomentar la cultura de la seguridad clínica en la actividad diaria de los profesionales”²³⁵, no se ha realizado hasta la fecha ningún estudio de evaluación de CSP en AP en Galicia.

Por otra parte, la necesidad de evaluar y formar en SP debe implicar a todos los profesionales sanitarios, tanto actuales como futuros, y con independencia de sus responsabilidades. En este sentido, los médicos en periodo de formación deben tener especial relevancia a la hora de abordar los problemas de seguridad. Su corta experiencia puede ser un factor facilitador en la generación de errores, y, por otra parte, el periodo de formación debe constituir

una oportunidad para transmitir los principios de la CSP que han de implementar en su futuro laboral. Con este estudio se propone una aproximación al conocimiento de la CSP en los médicos residentes de medicina familiar y comunitaria de Galicia.

2.1. Objetivo general.

Determinar la percepción que tienen los médicos residentes de MFyC de Galicia sobre las actividades que se desarrollan en relación con la SP.

2.2. Objetivos específicos.

- Determinar la percepción que tienen los médicos residentes de MFyC de Galicia sobre las diferentes dimensiones de la SP, incluida la valoración global sobre la calidad asistencial.
- Determinar los factores (sociodemográficos y laborales) asociados a la percepción positiva de la SP.
- Valorar cuáles son los puntos fuertes (“fortalezas”) y las áreas de mejora (“debilidades”) para cada una de las dimensiones de la SP.
- Realizar propuestas de mejora de la CSP en base a los resultados obtenidos.

3. Material y métodos.

3.1. Diseño del estudio.

- Se realizó un estudio transversal descriptivo por encuesta tipo Likert²³⁶ dirigida a todos los médicos residentes de Galicia.
- Ámbito de estudio: las 7 Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (UDMFyC) de Galicia.

3.2. Material.

- El instrumento de medida utilizado fue el cuestionario “*Medical Office Survey on Patient Safety Culture*” (MOSPS) traducido, adaptado y validado para la asistencia en Atención Primaria en España²³⁷. Se realizó una versión electrónica del cuestionario MOSPS mediante la aplicación de *Google Form* para la elaboración de formularios electrónicos (disponible en <https://www.google.es/intl/es/forms/about/>). El cuestionario fue facilitado a todos los residentes de forma telemática a través de las UDMFyC, garantizando en todo momento la confidencialidad.
- Se utilizó una herramienta EXCEL diseñada para la explotación de resultados de la encuesta, tanto en la versión original de la *Agency for Healthcare Research and Quality* del *U.S. Department of Health & Human Services* como la versión traducida, adaptada y validada al entorno de la Atención Primaria en España²³⁸ (ver descripción de la misma en el anexo 1). Disponible en: <http://www.culturaseguridadpaciente.es/>

3.3. Población de estudio.

3.3.1. Población de referencia.

La población de referencia estaba constituida por todos los médicos internos residentes de la especialidad de MFyC (368 profesionales) que estaban realizando su periodo formativo en las 7 UDMFyC de Galicia durante el año 2015.

3.3.2. Población elegible.

Se incluyó en el estudio a los 182 médicos residentes de MFyC que contestaron al cuestionario MOSPSC.

3.4. Variables de estudio.

Las variables del estudio fueron las del propio cuestionario MOSPSC y las variables sociodemográficas y laborales descriptivas de los profesionales de la muestra.

3.4.1. Variables universales y otras variables descriptivas del entorno de trabajo de la población muestral.

Se contemplaron aspectos relativos a los profesionales y al puesto de trabajo: edad, sexo, año de residencia, número de personas adscritas al cupo, UDMFyC a la que pertenecen los médicos residentes.

3.4.2. Variables sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

El cuestionario MOSPSC, en su versión española adaptada y modificada, está constituido por 63 preguntas que están distribuidas en las 7 secciones ya descritas previamente en el punto 1.6.2 de este trabajo.

Se clasificaron las dimensiones como fortalezas o debilidades de la CSP utilizando los criterios recomendados por la AHRQ: fortalezas $\geq 75\%$ de respuestas positivas y debilidades $\geq 50\%$ de respuestas negativas²³⁹.

Se analizaron las diferencias entre los residentes por edad, sexo, año de residencia, número de personas adscritas al cupo, UDMFyC a la que pertenecen.

3.5. Distribución del cuestionario y recogida de la información.

El cuestionario se distribuyó a través de las UDMFyC acreditadas de Galicia a los médicos residentes mediante un correo electrónico que contenía una carta de presentación con la invitación a cumplimentarlo y enviarlo (Anexo 2). Se realizaron 3 envíos mediante correo electrónico (uno inicial y dos de recuerdo). La recogida de datos se realizó mediante la herramienta de Google denominada Google Drive.

3.6. Aspectos ético-legales.

El cuestionario no incluye ningún dato de carácter personal. Únicamente se recogen datos sociodemográficos generales (sexo, edad, estructura organizativa del Servicio Gallego de Salud de la que dependen laboralmente) para el análisis estadístico. El cuestionario se acompañó de una carta firmada por el investigador principal informando de los objetivos del estudio (anexo 3). Se facilitó un buzón de correo/caja en las secretarías de docencia de los centros para el envío/dépósito de los cuestionarios cumplimentados.

El equipo investigador se comprometió a no recoger ningún dato de carácter personal que pudiera identificar a los profesionales que hayan cumplimentado los cuestionarios.

El proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación Clínica de Santiago-Lugo (anexo 3).

3.7. Análisis estadístico.

3.7.1. Volcado y tratamiento de la información de los cuestionarios.

El cuestionario se diseñó con el Sistema Google Form, lo que permite su lectura automatizada, ya que se genera una base de datos con las respuestas de los encuestados.

3.7.2. Análisis de las características métricas del cuestionario.

Al estar validada la versión española del cuestionario, sólo se determinó en este trabajo la consistencia interna del total del cuestionario y de cada una de las dimensiones definidas por la AHRQ en el MOSPC, habiéndose utilizado para ello el coeficiente alfa de Cronbach.

3.7.3. Puntuación y valoración de las categorías de respuesta.

Las preguntas se midieron con diferentes escalas según las secciones (anexo 2) Las preguntas de las secciones C, D, E y F están redactadas de forma que algunas expresan aspectos considerados como positivos y otras negativos. Todas las preguntas, excepto las integradas en la sección G se completan con la opción de respuesta “no lo sé/no procede”.

La valoración de las respuestas se realizó otorgando el valor 1 cuando la respuesta seleccionada expresa una actitud más negativa a la SP, y el valor de 5 (ó 6 en el caso de las secciones A y B) cuando expresa la actitud más positiva o percepción más favorable.

Con el fin de poder realizar un análisis comparativo de todas las dimensiones que componen el cuestionario, la escala de respuesta original para las secciones A y B (“Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y

calidad” e “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”), que tienen 6 categorías de respuesta, se transformó a una escala de rango 1 a 5, al igual que el resto de secciones, aplicando la fórmula de puntuación asignada en la escala original (PEO) $\times (4/5) + 0,2$.

En ese proceso se tuvo en cuenta que el cuestionario utilizado contiene preguntas formuladas positivamente y otras negativamente. Se realizó una codificación inversa en estas últimas para ajustar el análisis.

Una vez realizadas estas transformaciones, se calculó una puntuación resumen específica de cada dimensión mediante la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas que integran la dimensión correspondiente.

Se definió el Índice Sintético de Seguridad del Paciente (ISSP) como la media de las puntuaciones de todas las preguntas que integran las 12 dimensiones analizadas. En todos los casos el rango fue de 1 a 5. Se consideró como “percepción positiva”, en una dimensión o en el ISSP, si obtenía una puntuación > 3 ; si la puntuación era ≥ 4 , se consideró como “percepción claramente positiva”.

Se calcularon las frecuencias relativas de cada pregunta y se midieron los indicadores compuestos de cada dimensión mediante la siguiente fórmula:

$$\frac{\sum \text{respuestas (positivas, neutras o negativas) en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

3.7.4. Análisis descriptivo.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables y, de forma específica, de las características de la muestra mediante la distribución de frecuencias para las variables cualitativas y la media y desviación estándar para las cuantitativas. Además, se realizaron las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk

para comprobar si las muestras se ajustaban en su distribución a la normalidad. También se realizó la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas.

3.7.5. Metodología AHRQ para la lectura y valoración de la distribución de frecuencias.

Para una lectura más fácil de la distribución de frecuencias se ha utilizado la metodología propuesta por la AHRQ norteamericana, que permite identificar fortalezas y debilidades de la CSP de un colectivo o centro de acuerdo con las siguientes premisas;

- Para clasificar un ítem o una dimensión como fortaleza se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 75\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 75\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «nunca/raramente») a preguntas formuladas en negativo.

- Para clasificar un ítem o una dimensión como debilidad o con una oportunidad de mejora se emplean los siguientes criterios alternativos:

- $\geq 50\%$ de respuestas negativas («en desacuerdo/muy en desacuerdo» o «raramente/nunca») a preguntas formuladas en positivo.
- $\geq 50\%$ de respuestas positivas («de acuerdo/muy de acuerdo» o «casi siempre/siempre») a preguntas formuladas en negativo.

Para calcular la valoración de una dimensión se hace la media del porcentaje de respuestas positivas para cada variable incluida en la dimensión.

3.7.6. Medición de la cultura de seguridad del paciente.

Para conocer la cultura de los médicos residentes de MFyC respecto a la seguridad del paciente, se calculó la media y el intervalo de confianza al 95% de cada una de las dimensiones del cuestionario y del ISSP, calculando asimismo el porcentaje de personas con “percepción positiva” (puntuación >3) y “percepción claramente positiva” (puntuación ≥ 4) para cada dimensión y para el ISSP.

3.7.7. Relación de la cultura de los profesionales con otras variables.

La relación entre la cultura de los médicos residentes de MFyC respecto a las variables sociodemográficas y aquellas relacionadas con las características del puesto de trabajo, se estudiaron con el coeficiente de correlación de Spearman²⁴⁰.

Se utilizaron las pruebas de Mann-Whitney y de Kruskal-Wallis con la corrección de Dunn-Bonferroni, al comprobar la distribución no normal de las muestras.

La significación estadística se estableció para una $p \leq 0,05$.

Teniendo en cuenta que la población total de médicos residentes de MFyC en Galicia era de 368 en el momento de realizar el estudio se calculó que con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza del 5% el tamaño muestral era de 185.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 22.



4. Resultados.

4.1. Características de los participantes y consistencia interna del cuestionario.

En el año 2015, el número total de médicos residentes de MFyC en la comunidad gallega fue de 368. Como se puede ver en la tabla 7, en el presente estudio contestaron al cuestionario MOSPSC un total de 182 médicos residentes, de todas las UDMFyC de Galicia, lo que supone una tasa de respuesta de 49,45%.

Tabla 7. Características de los médicos residentes encuestados.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	154	84,6
	Masculino	28	15,4
Edad	<25	30	16,5
	26 a 28	93	51,1
	29 a 31	33	18,1
	32 a 34	5	2,7
	>35	21	11,5
Año de residencia	R1	48	26,4
	R2	28	15,4
	R3	52	28,6
	R4	54	29,7
UDMFyC	A Coruña	36	19,8
	Santiago	28	15,4
	Ferrol	11	6,0
	Pontevedra	23	12,6
	Vigo	36	19,8
	Lugo	26	14,3
	Ourense	22	12,1
TOTAL		182	100

El perfil tipo correspondió a una mujer (84,6%) con una media de edad de 28,75 años (IC95%: 28,08-29,41), una edad mínima de 24 años, una máxima de 45 y una mediana de 27, con 3 o más años de residencia (58,3%) y perteneciente a las UDMFyC de A Coruña, Vigo y Santiago de Compostela (55%).

La fiabilidad de la escala MOSPSC se calculó mediante el coeficiente de reproductibilidad alfa de Cronbach²⁴¹. Los coeficientes alfa de Cronbach de las distintas dimensiones evaluadas se situaron entre los valores de 0,72 a 0,86 (tabla 8). Se considera que valores del alfa superiores a 0,7 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. También se incluyeron en el análisis las dimensiones 5b, 6b y 9b, incorporadas a la versión española del cuestionario MOSPSC en las secciones C y D, relativas específicamente al personal sanitario. Es reseñable que son precisamente estas dimensiones incorporadas en la versión española las que obtienen unos valores del coeficiente alfa de Cronbach más bajos (entre 0,72 y 0,74).

Tabla 8. Esquema del cuestionario MOSPSC en su versión adaptada española con el coeficiente de Cronbach de cada dimensión.

Dimensión (preguntas que la integran)	Alfa de Cronbach Galicia	Alfa de Cronbach (AHRQ)
1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9).	0,83	0,86
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1, B2, B3, B4).	0,84	0,90
3. Trabajo en equipo (C1, C2, C5, C13).	0,74	0,83
4. Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14).	0,77	0,76
5. Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10).	0,75	0,80
5b. Formación del personal sanitario (C16, C17, C18).	0,72	*
6. Procedimientos establecidos en el centro (C8, C9, C12, C15).	0,75	0,77
6b. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios (C8, C9, C12, C19).	0,74	*
7. Comunicación franca (D1, D2, D4, D10).	0,73	0,81
8. Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9).	0,78	0,78
9. Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12).	0,73	0,75
9b. Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios (D13, D8, D11, D14).	0,72	*
10. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4).	0,80	0,76
11. Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7)	0,78	0,82
12. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2, F3, F4, F6).	0,80	0,79
13. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E).	0,86	0,87
* Dimensiones incorporadas en la adaptación española.		

4.2. Distribución de frecuencias y valoración mediante la metodología AHRQ.

Con el fin de conocer la distribución de las respuestas a las diferentes cuestiones planteadas, en el anexo 4 se recogen, por secciones, los valores obtenidos para cada una de las preguntas del cuestionario MOSPSC.

Para una lectura más fácil de la distribución de frecuencias se ha utilizado la metodología propuesta por la AHRQ norteamericana, que permite identificar fortalezas y debilidades de la CSP de un colectivo o centro. Como ya se ha mencionado previamente, esta metodología clasifica las dimensiones como fortalezas si hay $\geq 75\%$ de respuestas positivas o como debilidades si $\geq 50\%$ de respuestas negativas

Las dimensiones “Aprendizaje organizacional” y “Trabajo en equipo” alcanzaron un % de respuestas positivas $\geq 75\%$ (79% y 75% respectivamente), por lo que se consideraron “áreas fuertes”. En cambio, las dimensiones “Aspectos relacionados con la SP y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Ritmo y carga de trabajo” no llegaron al 50% de respuestas positivas (46%, 45% y 31%, respectivamente), por lo que se consideraron “áreas débiles” con potencial de mejora (tabla 9).

Tabla 9. Valoración de cada dimensión de acuerdo con la metodología AHQR.

DIMENSIONES DE CULTURA DE SEGURIDAD	Valoración de la dimensión para su centro de salud Media del % de respuestas positivas	
Aspectos relacionados con la Seguridad del Paciente y calidad (9 variables--% Ninguna vez/Una o dos veces)	44%	Potencial de Mejora
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (4 variables--% Ninguna vez/Una o dos veces)	40%	Potencial de Mejora
Trabajo en equipo (4 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	75%	Área Fuerte
Ritmo y carga de trabajo (4 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	31%	Potencial de Mejora
Formación del Personal no sanitario (3 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	64%	
Formación del Personal sanitario (3 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	66%	
Procedimientos establecidos en el centro prof. No Sanitarios (4 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	60%	
Procedimientos establecidos en el centro prof. Sanitarios (4 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	61%	
Comunicación franca (4 variables--% La mayoría de las veces/Siempre)	66%	
Seguimiento de la atención a los pacientes (4 variables--% La mayoría de las veces/Siempre)	73%	
Comunicación sobre el error prof. No sanitarios (4 variables--% La mayoría de las veces/Siempre)	71%	
Comunicación sobre el error prof. Sanitarios (4 variables--% La mayoría de las veces/Siempre)	70%	
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (4 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	61%	
Aprendizaje organizacional (3 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	79%	Área Fuerte
Percepciones generales sobre la Seguridad del Paciente y la Calidad (4 variables--% De acuerdo/Muy de acuerdo)	72%	

La valoración de una dimensión resume cómo los encuestados respondieron a las variables que la componen. A continuación se muestran los resultados desagregados por cada variable de la encuesta MOSPSC:

- Dimensión “**Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad**”: compuesta por 9 variables.

Destaca como fortaleza, con 80% de respuestas positivas, la variable “La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente”.

Las variables de esta dimensión que no llegan al 50% de respuestas positivas son: “El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas”, “La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó”, “El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución”, “Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción”, “La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta”, “Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron”. Destaca esta última, ya que solo obtuvo un 9% de respuestas positivas (Gráfico 2).

Gráfico 2 Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.



¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en tu centro de salud/consultorio en los últimos 12 meses?

Acceso a la atención sanitaria.

1. El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas. (A1)



Identificación del paciente.

2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente. (A2)



Historias clínicas.

3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó. (A3)



Historias clínicas.

4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente. (A4)



Equipamiento Médico

5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución. (A5)



Medicación

6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción. (A6)



Medicación

7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta. (A7)



Pruebas diagnósticas

8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron. (A8)

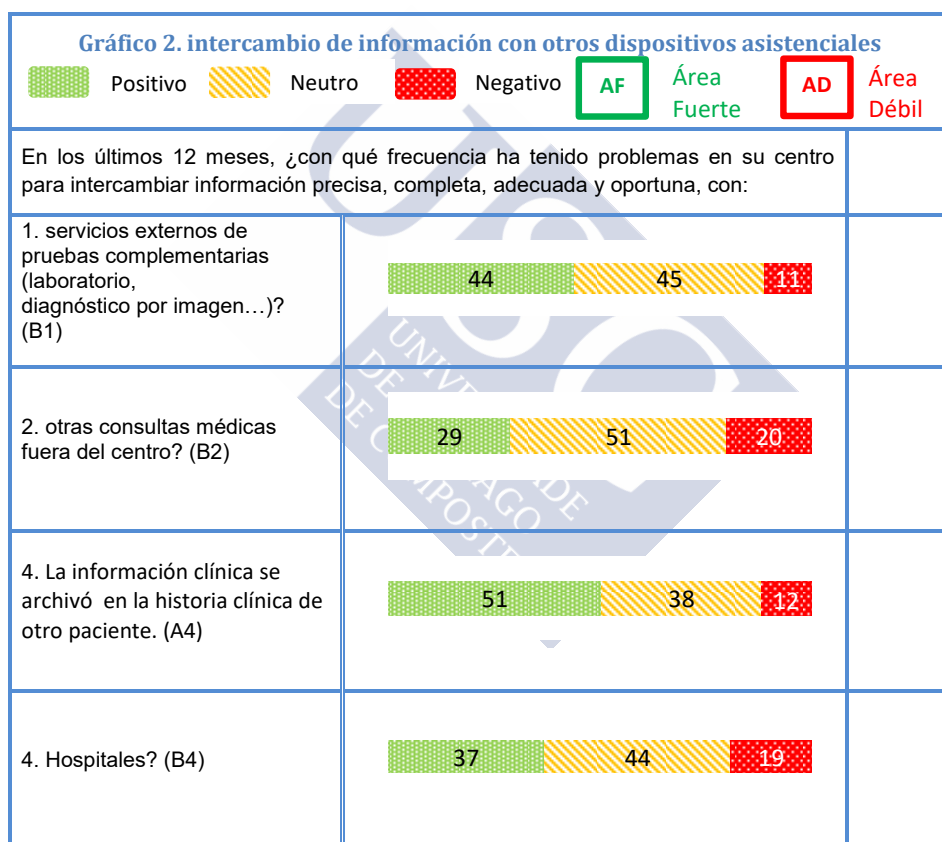


Pruebas diagnósticas

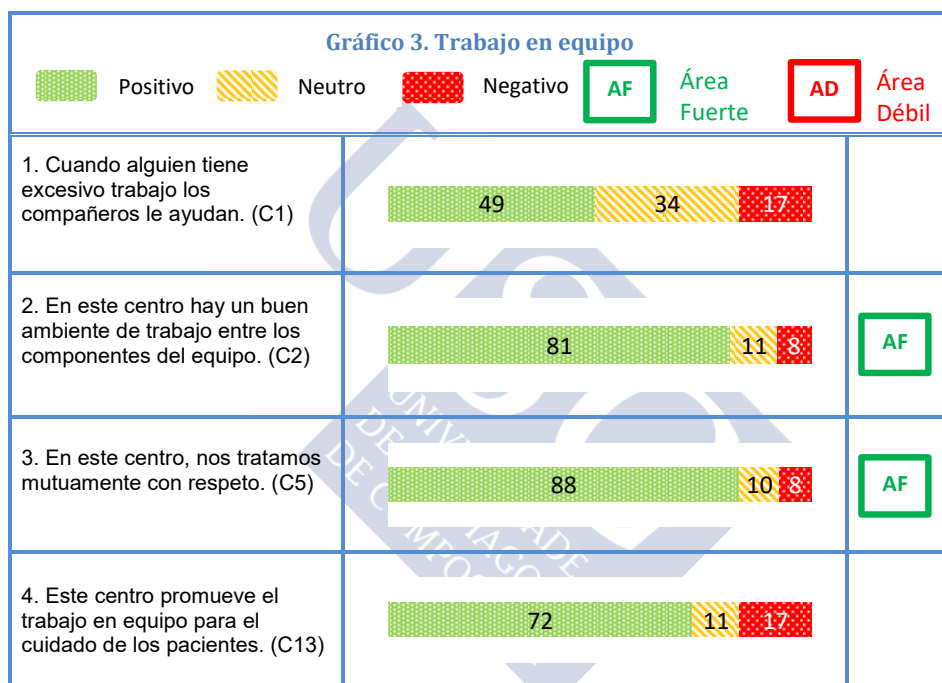
9. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día. (A9)



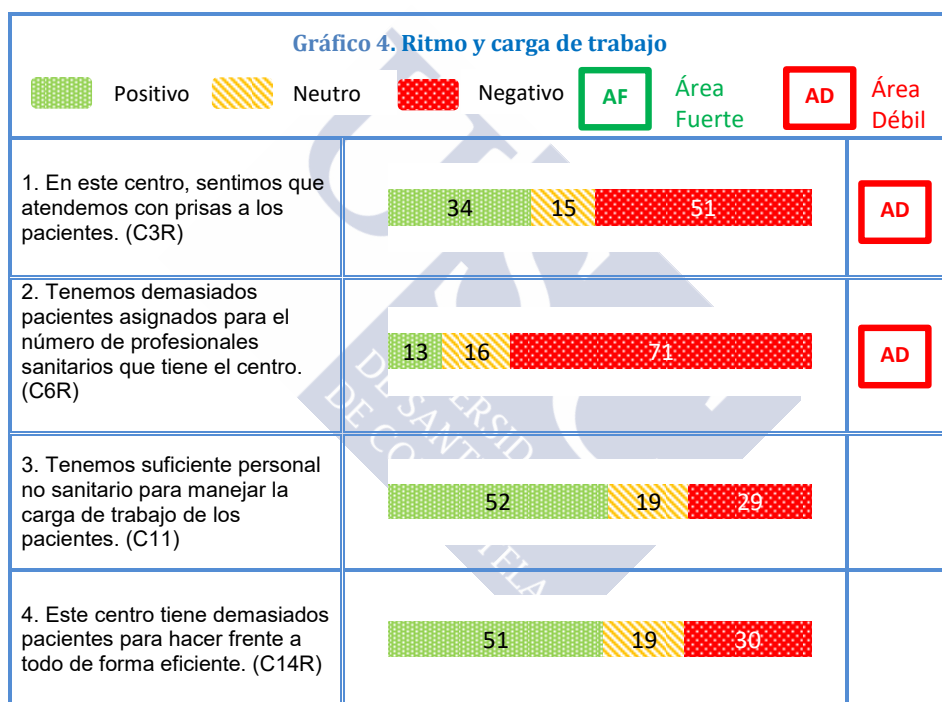
- **Dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”**: esta dimensión está compuesta por 4 variables. De ellas, tres no llegan al 50% de respuestas positivas (las relacionadas con la comunicación con servicios externos de pruebas complementarias, consultas médicas fuera del centro y comunicación con el hospital de referencia). La comunicación con las oficinas de farmacia obtiene un 51% de respuestas positivas (Gráfico 3).



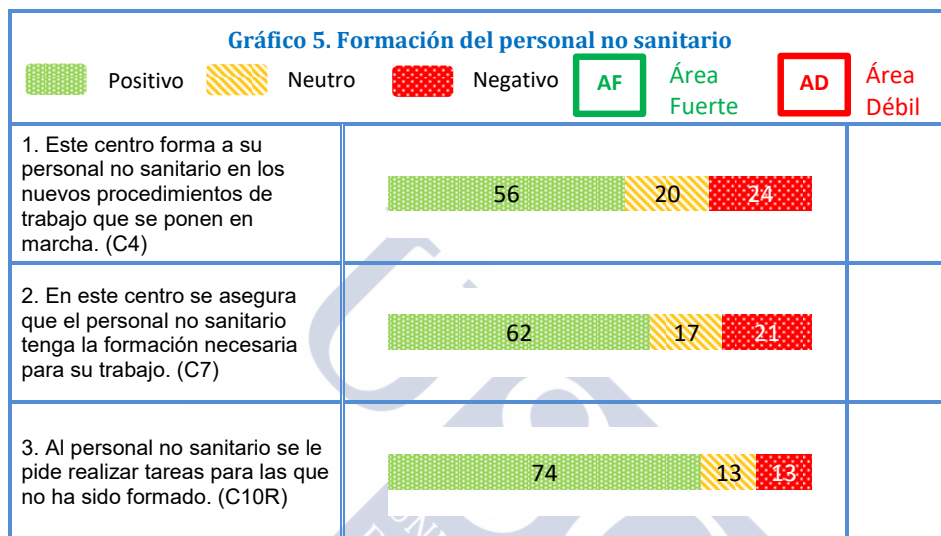
- **Dimensión “Trabajo en equipo”**: compuesta por 4 variables, de las que 2 son fortalezas (buen ambiente dentro del equipo y trato respetuoso) con un 81% y un 98% de respuestas positivas, respectivamente. La variable relacionada con prestación de ayuda cuando hay sobrecarga de trabajo se sitúa en el 49% de respuestas positivas (Gráfico 4).



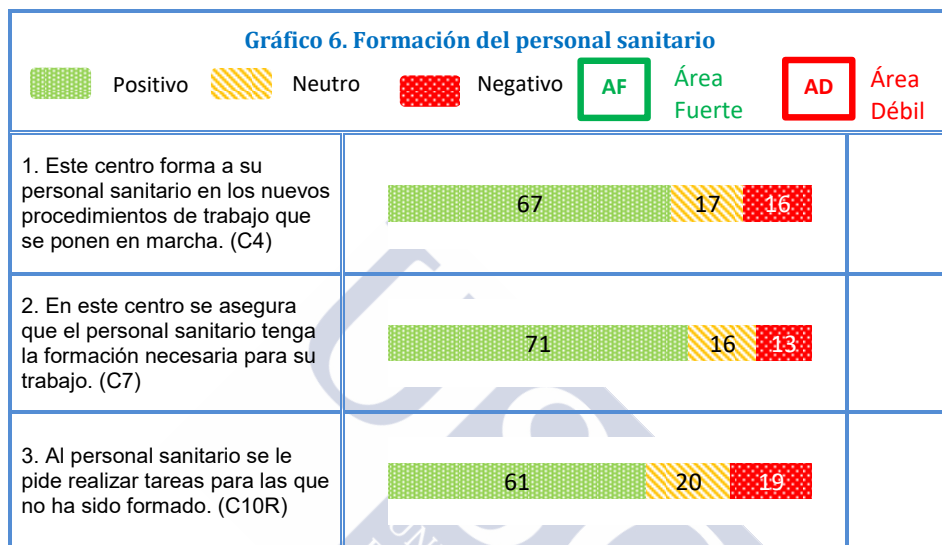
- **Dimensión “Ritmo y carga de trabajo”**: compuesta por 4 variables, de las cuales 2 (las relacionadas con la falta de tiempo y el exceso de pacientes por cupo) son debilidades, al obtener respectivamente un 51% y un 71% de respuestas negativas. Las otras 2 variables (suficiencia de personal y eficiencia con los medios humanos que tiene el centro de trabajo) consiguen escasamente un 51% de respuestas positivas (Gráfico 5).



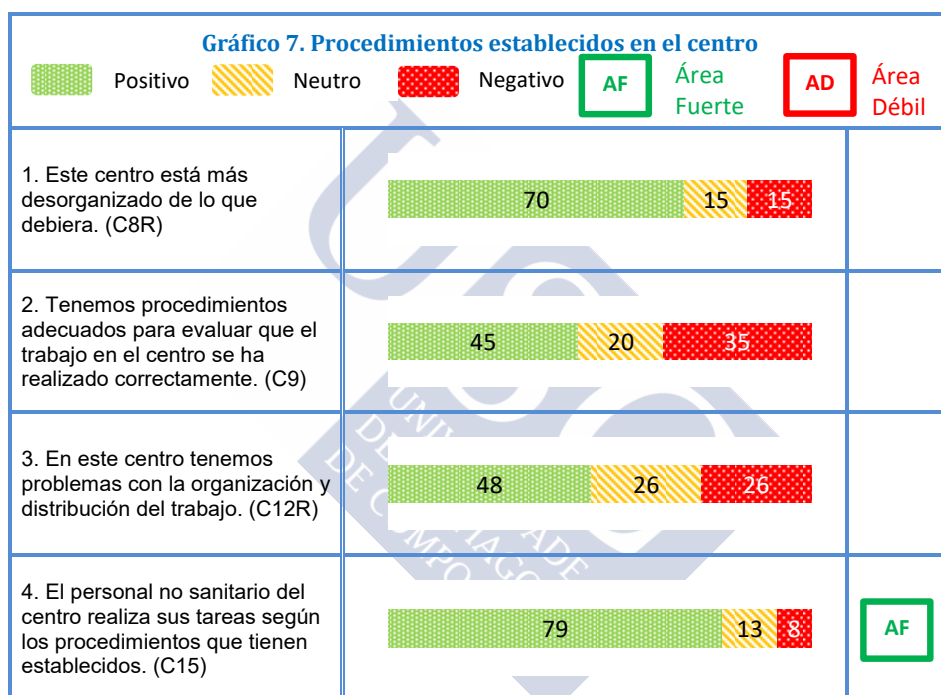
- **Dimensión “Formación del personal no sanitario”:** ninguna de las 3 variables que la componen pueden considerarse debilidades o fortalezas. Las 3 sobrepasan el 50% de respuestas positivas (Gráfico 6).



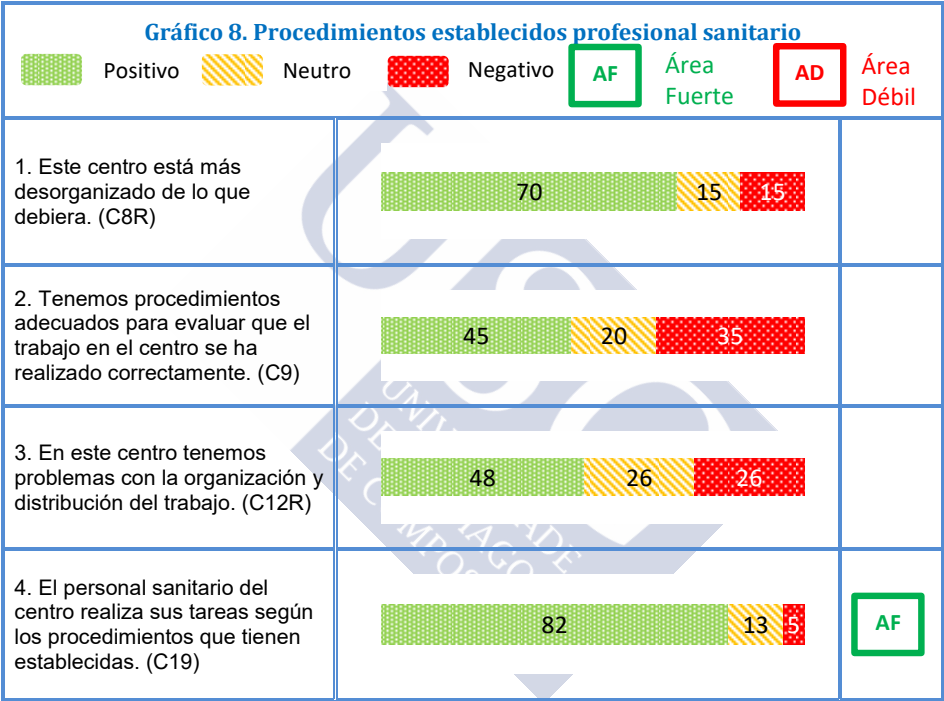
- **Dimensión “Formación del personal sanitario”:** como en el caso anterior, ninguna de las 3 variables que la componen pueden considerarse debilidades o fortalezas. Todas sobrepasan el 50% de respuestas positivas (Gráfico 7).



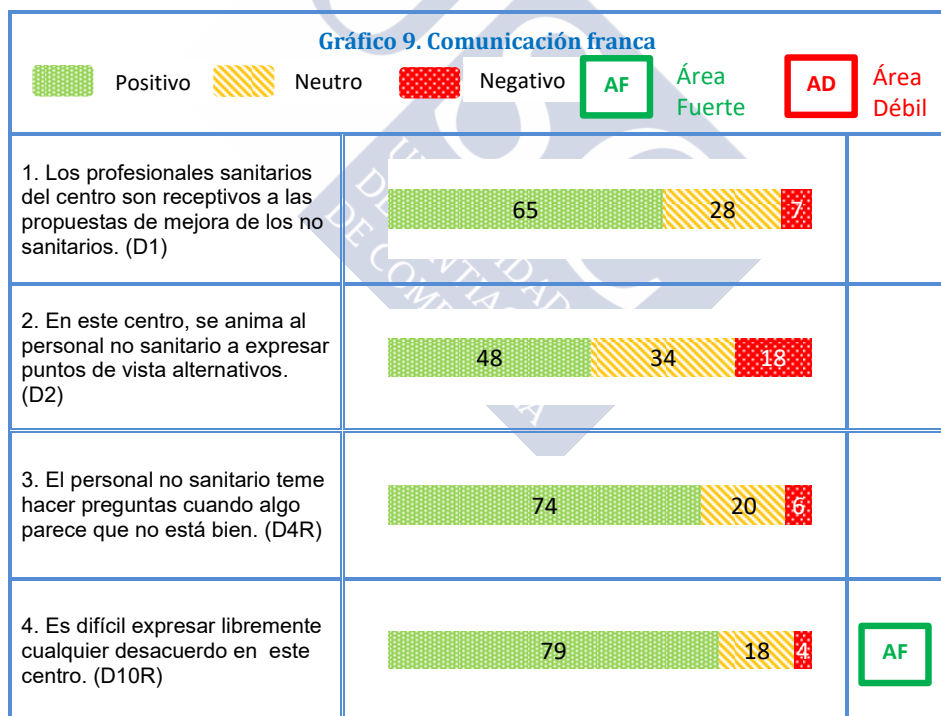
- **Dimensión “Procedimientos establecidos en el centro”:** compuesta por 4 variables. Destaca como fortaleza, al presentar un 79% de respuestas positivas, la variable “El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos”. 2 de las variables no llegan al 50% de respuestas positivas y la otra alcanza el 70% (Gráfico 8).



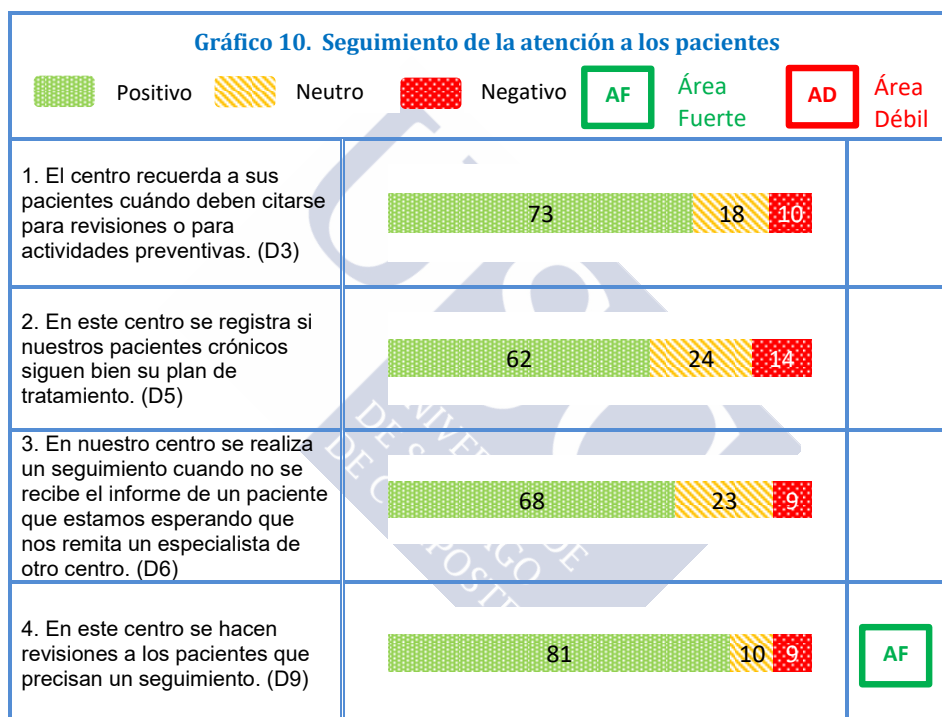
Dimensión “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios”: compuesta también por 4 variables. Los resultados son semejantes a la dimensión anterior, ya que destaca como fortaleza, con un 82% de respuestas positivas, la variable “El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos” (Gráfico 9).



- **Dimensión “Comunicación franca”:** compuesta por 4 variables. Se considera fortaleza, con un 79% de respuestas positivas, la variable referida a la expresión de desacuerdo con algún aspecto del trabajo en el centro. En cambio, con respecto al personal no sanitario, esta percepción baja al 48%. Las otras 2 dimensiones no se pueden considerar fortalezas, pero superan el 65% de respuestas positivas (“El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien”, con 74%; y “Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios”, con 65% (Gráfico 10).

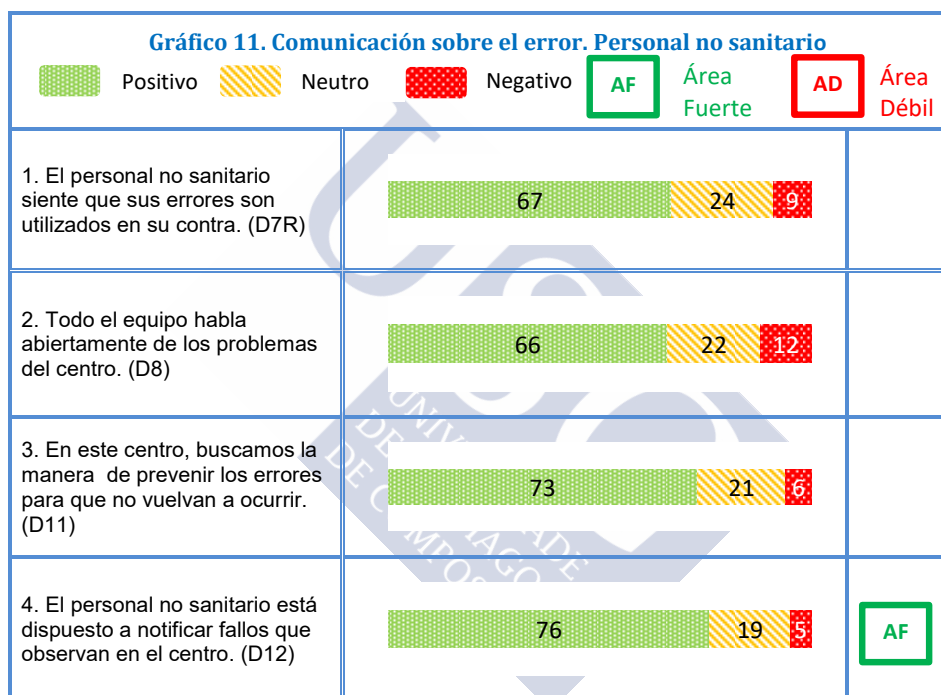


- **Dimensión “Seguimiento de la atención de los pacientes”:** compuesta por 4 variables. La variable “En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento” se considera una fortaleza al sobrepasar el 81% de respuestas positivas. El resto de las variables se sitúan entre el 62% y el 73% de respuestas positivas (Gráfico 11).

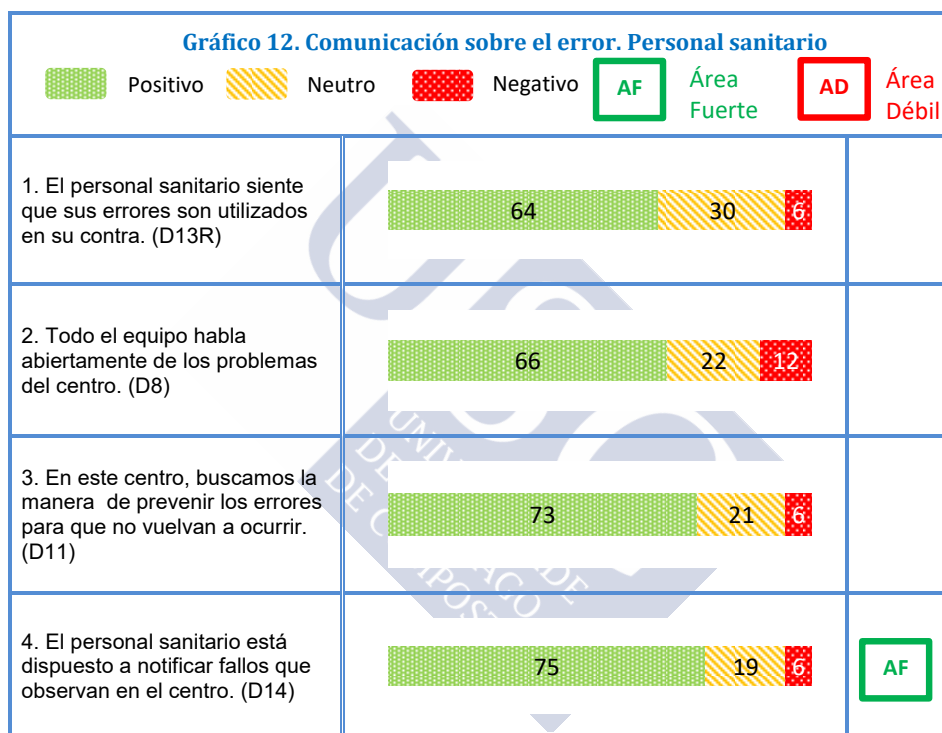


- Dimensión “Comunicación sobre el error. Personal no sanitario”:

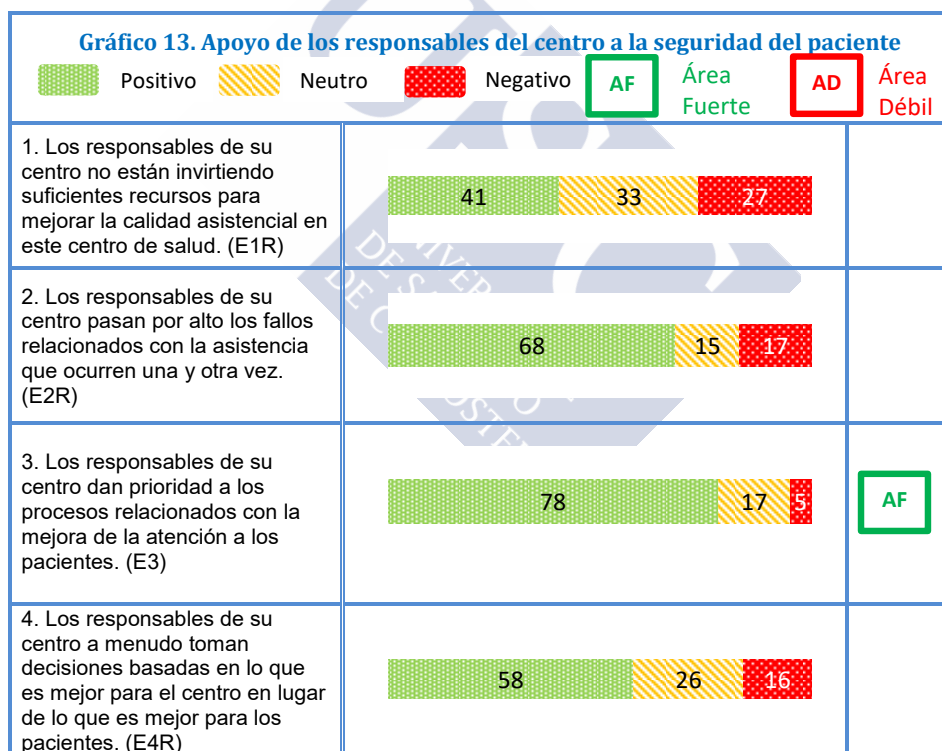
compuesta por 4 variables. La variable “El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro” se considera una fortaleza al sobrepasar el 75% de respuestas positivas. El resto de las variables se sitúan entre el 67% y el 73% (Gráfico 12).



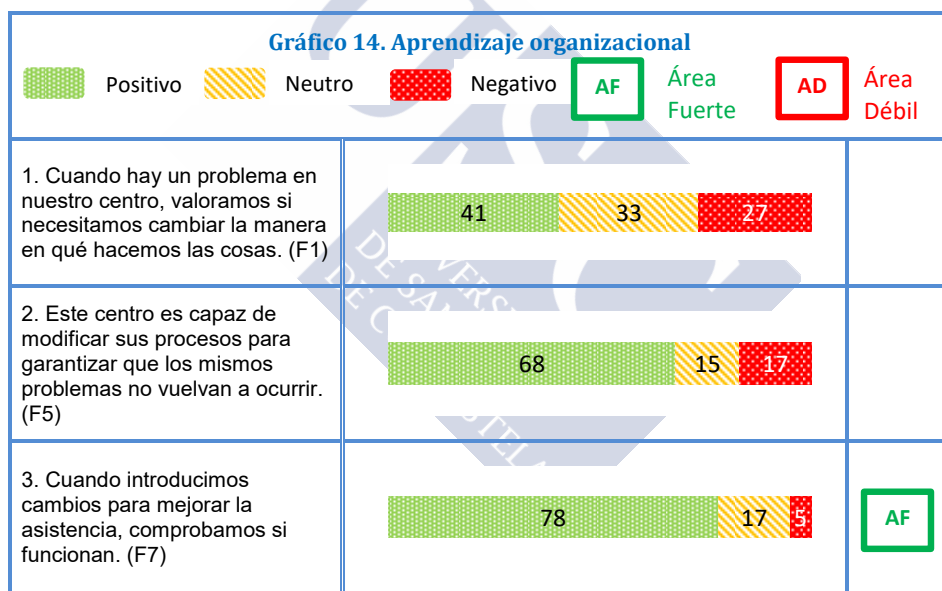
- **Dimensión “Comunicación sobre el error. Personal sanitario”:** Dimensión con resultados similares a la anterior. La variable “El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro” se considera una fortaleza al tener un 75% de respuestas positivas. El resto de las variables se sitúan entre el 64% y el 73% (Gráfico 13).



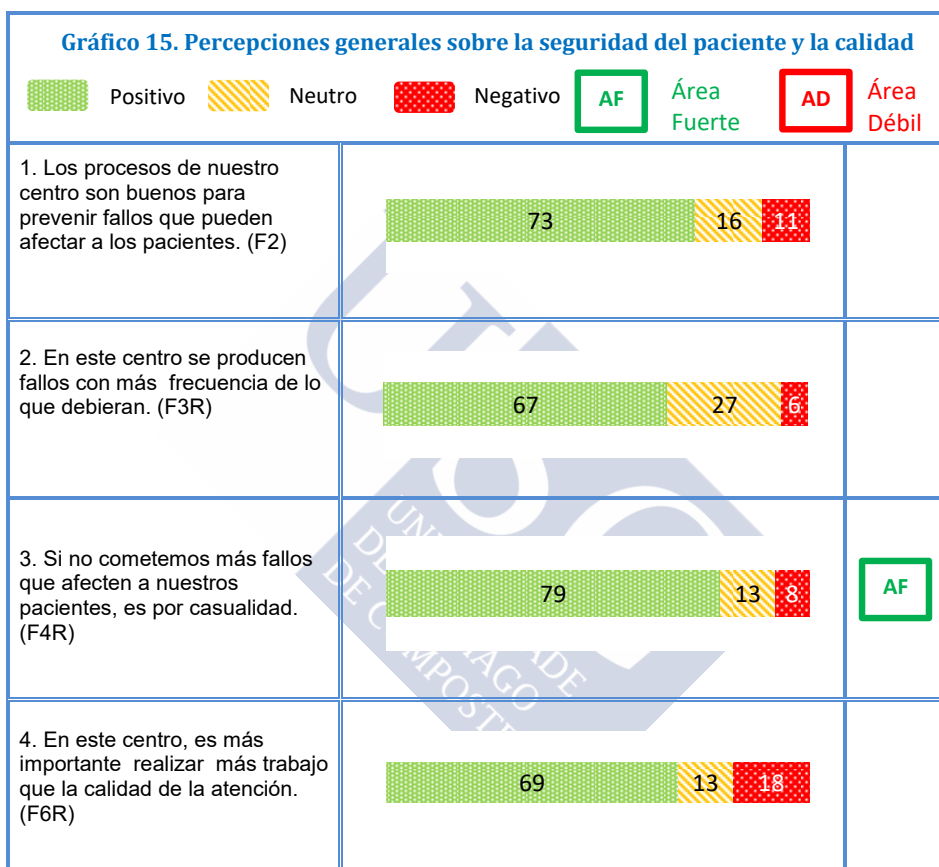
- **Dimensión “Apoyo de los dirigentes del centro a la SP”:** compuesta por 4 variables. La variable “Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes” se considera una fortaleza al tener un 76% de respuestas positivas. La variable “Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud” obtuvo un 41% de respuestas positivas. Las 2 variables restantes se situaron entre el 58% y el 68% (Gráfico 14).



- **Dimensión “Aprendizaje organizacional”**: compuesta por 3 variables. La variable “Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan” se considera una fortaleza al tener un 78% de respuestas positivas. La variable “Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas” en el 41% de respuestas positivas. Finalmente, la variable “Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir” alcanzó el 68% de respuestas positivas (Gráfico 15).



- **Dimensión “Percepciones generales sobre la SP y la calidad”**: compuesta por 4 variables. “Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad” es una fortaleza (79% de respuestas positivas). El resto de variables se sitúan entre el 67% y el 73% (Gráfico 16).



En el anexo 5 se muestran, de manera gráfica, los resultados obtenidos (% de respuestas positivas) en las diferentes variables que componen cada dimensión en el presente estudio comparados con los resultados de la encuesta realizada por el MSSSI en 2014 en AP.

4.3. Cultura de seguridad del paciente según la valoración media de cada variable.

4.3.1. Resultados globales y por dimensiones.

El ISSP, definido como la media de las puntuaciones otorgadas a las preguntas de las dimensiones que componen el cuestionario, fue de 3,59 (IC95%: 3,51-3,66), con un rango entre 2,30 y 4,57.

La “Puntuación Global en Seguridad del Paciente (G2)”, obtuvo un valor medio de 3,28 (IC95%: 3,15 a 3,40). Esta puntuación global tuvo un valor menor que el resto de las dimensiones de CSP, a excepción de la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo” (tabla 10).

La dimensión que presentó mayor puntuación media fue “Trabajo en equipo” con 3,92 (IC95%: 3,81-4,03). Otras dimensiones que obtuvieron puntuaciones cercanas a cuatro fueron: “Seguimiento de la atención a los pacientes” con una media de 3,88 (IC95%: 3,77-4,00), “Comunicación sobre el error” con 3,84 (IC95%: 3,73-3,95), “Aprendizaje organizacional” 3,83 (IC95%: 3,44-3,68) y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios” con 3,81 (IC95%: 3,71-3,92).

La dimensión peor valorada fue “Ritmo y carga de trabajo”, que con una media de 2,62 (IC95%: 2,48-2,77), fue la única que se situó por debajo de la puntuación neutra de 3.

Tabla 10. Puntuación media de cada una de las dimensiones del cuestionario en el total de la muestra.

Dimensión (preguntas que la integran)	Media (IC95%)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad	3,42 (3,31-3,53)
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	3,44 (3,29-3,60)
Trabajo en equipo	3,92 (3,81-4,03)
Ritmo y carga de trabajo	2,62 (2,48-2,77)
Formación del personal no sanitario	3,55 (3,41-3,69)
Formación del personal sanitario	3,65 (3,53-3,77)
Procedimientos establecidos en el centro	3,49 (3,36-3,61)
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	3,54 (3,43-3,65)
Comunicación franca	3,77 (3,66-3,87)
Seguimiento de la atención a los pacientes	3,88 (3,77-4,00)
Comunicación sobre el error	3,84 (3,73-3,95)
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	3,81 (3,71-3,92)
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	3,56 (3,55-3,60)
Aprendizaje organizacional	3,83 (3,44-3,68)
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	3,75 (3,64-3,86)
Puntuaciones globales sobre la calidad	3,61 (3,5-3,71)
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	3,28 (3,15-3,40)
Índice sintético (ISSP)	3,59 (3,51-3,66)

La frecuencia de encuestados que obtuvieron una puntuación media superior a 3 (“percepción positiva”) en el ISSP, fue del 85,7% (tabla 11). Con la excepción de la dimensión “Ritmo y carga de trabajo”, que muestra un porcentaje de 35,2% y “Puntuaciones globales en seguridad del paciente” con un 37,4%, en

el resto de dimensiones este porcentaje varía desde 62,1% para la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” hasta el 86,7% en la dimensión “Aprendizaje organizacional”.

Si se considera la frecuencia de profesionales que obtienen en el ISSP una puntuación media igual o superior a 4 (es decir, “percepción claramente positiva”) el porcentaje que se obtiene es de 22%. Las dimensiones en las que se observa un menor porcentaje de profesionales con una “percepción claramente positiva” fueron “Ritmo y carga de trabajo” con un 14,3% y “Puntuaciones globales en seguridad del paciente” con un 22%. En el lado opuesto, las dimensiones que alcanzan las puntuaciones más elevadas son: “Aprendizaje organizacional”, “Trabajo en equipo”, “Comunicación del error”, “Seguimiento de la atención a los pacientes”, “Formación del personal no sanitario”, “Formación del personal sanitario” y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, con unos porcentajes comprendidos entre el 52,8% y el 61,5% de personas con una percepción “claramente positiva” de los conceptos que exploran estas dimensiones.

Tabla 11. Porcentaje de personas con "percepción positiva" y "claramente positiva" de cada una de las dimensiones y del ISSP del cuestionario en el total de la muestra.

Dimensión (preguntas que la integran)	Percepción positiva^a (%)	Percepción claramente positiva^b (%)
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad	71,9	21,3
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	62,1	33,3
Trabajo en equipo	85,7	61,5
Ritmo y carga de trabajo	35,2	14,3
Formación del personal no sanitario	71,1	53
Formación del personal sanitario	78,7	50,6
Procedimientos establecidos en el centro	70,3	36,3
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	72,5	38,5
Comunicación franca	83	46,6
Seguimiento de la atención a los pacientes	84,4	56,7
Comunicación sobre el error	83,1	59,6
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	86,5	52,8
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	70,5	40,9
Aprendizaje organizacional	86,7	64,4
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	80,2	52,7
Puntuaciones globales sobre la calidad	70,3	35,2
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2).	37,4	22
Índice sintético (ISSP)	85,7	22
a: Percepción positiva. Puntuación media superior a 3, excepto en la variable "Valoración global de seguridad del paciente (G2)" en la que se considera a la puntuación media igual o superior a 3.		
b: Percepción claramente positiva. Puntuación media igual o superior a 4.		

4.3.2. Resultados según las características de los participantes.

4.3.2.1. Sexo.

El análisis desagregado por sexo (tabla 12) depara un patrón de resultados semejante al descrito para el total de la muestra, de forma que se repiten la dimensión mejor y la peor valorada (“Trabajo en equipo” y “Ritmo y carga de trabajo”, respectivamente). Tanto los varones como las mujeres otorgaron puntuaciones medias superiores a 3 en todas las dimensiones excepto en la de “Ritmo y carga de trabajo”.

Al comprobarse que la distribución de la variable seguía una distribución no normal se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes en el contraste de hipótesis (tabla 13).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo femenino en la media de la dimensión “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios”. En este caso los valores de la media para el subgrupo de mujeres fue de 3,61 (IC95%: 3,48-3,73) frente a 3,24 (IC95%: 2,99-3,48) en los varones ($p < 0,05$).

Tabla 12. Puntuación media de cada una de las dimensiones del cuestionario. Datos desagregados por sexo.

	Femenino		Masculino		
	Media	IC95%	Media	IC95%	
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	3,42	3,30-3,55	3,39	3,16-3,62	0,683
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	3,41	3,24-3,59	3,58	3,27-3,90	0,325
Trabajo en equipo	3,90	3,78-4,02	4	3,74-4,26	0,418
Ritmo y carga de trabajo	2,68	2,52-2,84	2,37	2,03-2,71	0,065
Formación del personal no sanitario	3,62	3,48-3,76	3,23	2,84-3,63	0,067
Formación del personal sanitario	3,67	3,53-3,81	3,57	3,30-3,84	0,367
Procedimientos establecidos en el centro	3,56	3,43-3,68	3,17	2,82-3,53	0,052
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	3,61	3,48-3,73	3,24	2,99-3,48	0,012 SIG
Comunicación franca	3,79	3,68-3,90	3,66	3,36-3,96	0,344
Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9)	3,88	3,75-4,01	3,89	3,60-4,17	0,943
Comunicación sobre el error	3,86	3,73-3,99	3,77	3,56-3,99	0,370
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	3,83	3,71-3,94	3,76	3,55-3,97	0,367
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	3,61	3,47-3,75	3,35	3,16-3,55	0,055
Aprendizaje organizacional	3,79	3,67-3,92	3,90	3,75-4,05	0,560
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	3,74	3,61-3,86	3,82	3,61-4,02	0,838
Puntuaciones globales sobre la calidad	3,62	3,51-3,74	3,52	3,24-3,81	0,389
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	3,27	3,13-3,42	3,28	3,0-3,56	0,683

Tabla 13. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de sexo.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,683	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,325	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,418	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,065	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,067	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,367	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,052	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,012	Rechaza la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,344	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,943	Conserve la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,370	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,367	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,055	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,560	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,838	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,389	Conserve la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,953	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de sexo.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,160	Conserve la hipótesis nula.

La frecuencia de mujeres y hombres con una “percepción positiva” fue la misma (85,7%) y similar para “claramente positiva” (22,1% y 21,4%, respectivamente). Tablas 14 y 15.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas (tablas 16 y 17) en la dimensión “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios” en la frecuencia de “percepción positiva” (75,3% vs 57,1%) y “claramente positiva” (42,9% vs 14,3); en ambos casos con porcentajes significativamente mayores en el grupo de las mujeres.

También se hallaron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios” en la frecuencia de percepción “claramente positiva” (44,6% vs 21,4 y 56% vs 36,7%, respectivamente), favorable también al grupo de las mujeres.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas a favor de grupo masculino en la dimensión “Aprendizaje organizacional” (100% vs 84,2%).

Se calculó, asimismo, el coeficiente de correlación de Spearman de la variable sexo con el índice sintético ISSP y con cada una de las dimensiones del constructo de la CSP, no obteniéndose correlación estadísticamente significativa.

Tabla 14. Porcentaje de personas con "percepción positiva". Datos desagregados por sexo.

	Femenino	Masculino	p
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	70,7%	78,6%	0,394
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	60,3%	71,4%	0,267
Trabajo en equipo	84,4%	92,9%	0,242
Ritmo y carga de trabajo	36,4%	28,6%	0,428
Formación del personal no sanitario	73,9%	57,1%	0,075
Formación del personal sanitario	78,7%	78,6%	0,991
Procedimientos establecidos en el centro	72,7%	57,1%	0,098
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	75,3%	57,1%	0,048 SIG
Comunicación franca	85,1%	71,4%	0,078
Seguimiento de la atención a los pacientes	84,2%	85,7%	0,841
Comunicación sobre el error	82,7%	85,7%	0,693
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	85,3%	92,9%	0,286
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	71,6%	64,3%	0,437
Aprendizaje organizacional	84,2%	100,0%	0,024 SIG
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	79,2%	85,7%	0,429
Puntuaciones globales sobre la calidad	72,7%	57,1%	0,098
Puntuaciones globales en seguridad del paciente	39,0%	28,6%	0,297
Índice sintético (ISSP)	85,7%	85,7%	1,000

Tabla 15. Porcentaje de personas con "percepción claramente positiva". Datos desagregados por sexo.

	Femenino	Masculino	p
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	22,7%	14,3%	0,322
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	31,5%	42,9%	0,245
Trabajo en equipo	59,7%	71,4%	0,244
Ritmo y carga de trabajo	15,6%	7,1%	0,242
Formación del personal no sanitario	55,1%	42,9%	0,239
Formación del personal sanitario	52,0%	42,9%	0,376
Procedimientos establecidos en el centro	39,0%	21,4%	0,077
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	42,9%	14,3%	0,004 SIG
Comunicación franca	48,6%	35,7%	0,210
Seguimiento de la atención a los pacientes	57,9%	50,0%	0,440
Comunicación sobre el error	61,3%	50,0%	0,263
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	56,0%	35,7%	0,049 SIG
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	44,6%	21,4%	0,023 SIG
Aprendizaje organizacional	64,5%	64,3%	0,985
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	53,2%	50,0%	0,752
Puntuaciones globales sobre la calidad	36,4%	28,6%	0,428
Puntuaciones globales en seguridad del paciente	22,1	21,4%	0,939
Índice sintético (ISSP)	22,1%	21,4%	0,939

Tabla 16. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de sexo.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,394	Conserva la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,267	Conserva la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,242	Conserva la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,428	Conserva la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,075	Conserva la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,991	Conserva la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,098	Conserva la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,048	Rechaza la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,078	Conserva la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,841	Conserva la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,693	Conserva la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,286	Conserva la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,437	Conserva la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,024	Rechaza la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,429	Conserva la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,098	Conserva la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,297	Conserva la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	1,000	Conserva la hipótesis nula.

Tabla 17. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de sexo.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,322	Conserva la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,245	Conserva la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,244	Conserva la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,242	Conserva la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,239	Conserva la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,376	Conserva la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,077	Conserva la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,004	Rechaza la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,210	Conserva la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,440	Conserva la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,263	Conserva la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,049	Rechaza la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,023	Rechaza la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,985	Conserva la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,752	Conserva la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,428	Conserva la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,939	Conserva la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de sexo.	Mann-Whitney para 2 muestras independientes	,939	Conserva la hipótesis nula.

4.3.2.2. Edad.

Se establecieron 5 tramos etarios, que fueron los siguientes:

- ≤ 25 años.
- De 26 a 28 años.
- De 29 a 31 años.
- De 32 a 34 años.
- ≥ 35 años.

En el anexo 6 se reflejan los valores de cada dimensión por tramo etario.

Al comprobar la distribución no normal de las muestras en los referidos tramos se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones (tabla 18):

- Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14).
- Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10).
- Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9).
- Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12)
- Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4)
- Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7).
- Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)
- Índice sintético (ISSP)

Los residentes más jóvenes obtuvieron una puntuación mayor en el ISSP: en primer lugar, los menores de 25 años con 3,80 (IC95%: 3,64–3,94) y después, los de 26 a 28 años con 3,64 (IC95%: 3,54–3,74), encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,015$) entre el grupo de menores de 25 y el

de peor puntuación, que resultó ser el de mayor edad (mayores de 35 años), con 3,36 (IC95%: 3,16–3,56).

Se calculó también el coeficiente de correlación de Spearman de la variable edad con el índice sintético ISSP y con cada una de las dimensiones del constructo de la CSP. La correlación fue significativa en los siguientes casos:

- “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad”: $p=0,040$; Rho: $-0,154$.
- “Ritmo y carga de trabajo”: $p=0,009$; índice Rho: $-0,192$.
- “Formación del personal no sanitario”: $p=0,004$; índice Rho: $-0,222$.
- “Formación del personal sanitario”: $p=0,011$; índice Rho: $-0,190$.
- “Comunicación franca”: $p=0,032$; índice Rho: $-0,162$.
- “Seguimiento de la atención a los pacientes”: $p=0,0001$; índice Rho: $-0,260$.
- “Comunicación sobre el error”: $p=0,002$; índice Rho: $-0,234$.
- “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”: $p=0,010$; índice Rho: $-0,192$.
- “Aprendizaje organizacional”: $p=0,004$; índice Rho: $-0,215$.
- “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”: $p=0,036$; índice Rho: $-0,155$.
- “Puntuaciones globales sobre la calidad”: $p=0,0001$; índice Rho: $-0,368$.
- Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2): $p=0,028$; índice Rho: $-0,163$.
- Índice sintético (ISSP): $p=0,002$; índice Rho: $-0,233$.

Los valores de los coeficientes de correlación Rho que estuvieron entre 0 y 0,25 indican correlación escasa o nula. Solo “Puntuaciones globales sobre la calidad” se situó entre 0,26–0,50, lo que indica correlación débil.

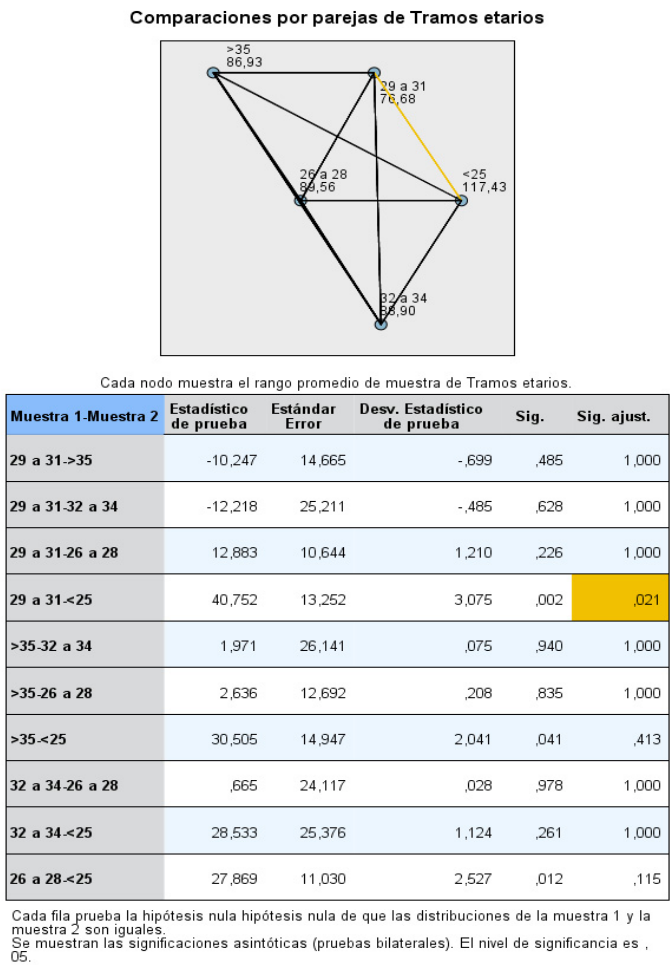
Tabla 18. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de tramos etarios.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,067	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,200	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,250	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,037	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,029	Rechace la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,080	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,818	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,384	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,235	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,003	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,012	Rechace la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,086	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,019	Rechace la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,037	Rechace la hipótesis nula.
15	La distribución de 15. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,136	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,051	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,031	Rechace la hipótesis nula.

Posteriormente, para averiguar entre que grupos etarios se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 17 a 24**):



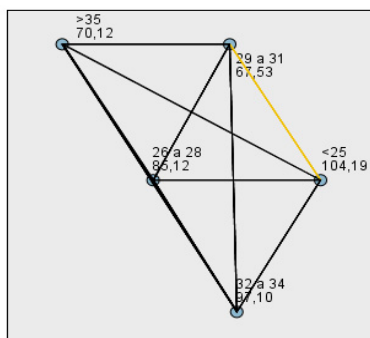
Gráfico 16. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable Independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.



Todos los grupos obtienen puntuaciones medias inferiores a 3 en la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo”, excepto el grupo de menores de 25 años, que obtuvo un valor de 3,23 (IC95%: 2,82-3,64). Se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo etario de peor puntuación (de 29 a 31 años) con 2,38 (IC95%; 2,16-2,60) y el de menores de 25 ($p=0,021$).

Gráfico 17. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Formación del personal no sanitario.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



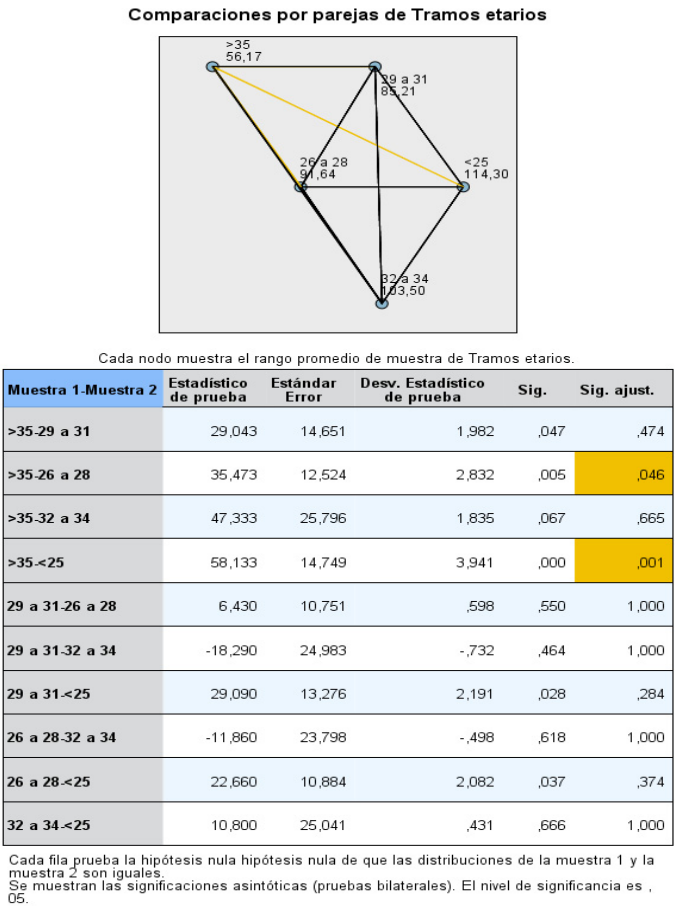
Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
29 a 31->35	-2,585	13,338	-,194	,846	1,000
29 a 31-26 a 28	17,589	10,010	1,757	,079	,789
29 a 31-32 a 34	-29,566	22,540	-1,312	,190	1,000
29 a 31-<25	36,658	12,572	2,916	,004	,035
>35-26 a 28	15,004	11,343	1,323	,186	1,000
>35-32 a 34	26,981	23,163	1,165	,244	1,000
>35-<25	34,073	13,657	2,495	,013	,126
26 a 28-32 a 34	-11,976	21,421	-,559	,576	1,000
26 a 28-<25	19,069	10,432	1,828	,068	,676
32 a 34-<25	7,092	22,731	,312	,755	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

La puntuación más alta la obtiene el grupo de menores de 25 años, con 3,92 (IC95%:3,63-4,21) y la más baja el grupo de 29 a 31 años, con 3,29 (IC95%: 2,93-3,63), estableciéndose que existen diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos ($p=0,035$).

Gráfico 18. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Seguimiento de la atención a los pacientes.

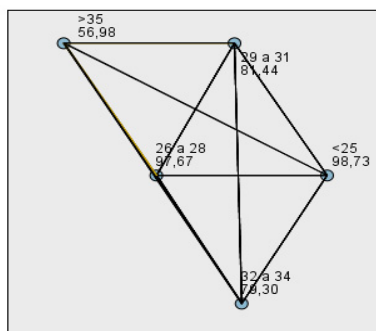


Todos los grupos, excepto el de mayores de 35 años, con 3,47 (IC95%:3,19-3,74), presentan puntuaciones superiores de a 3,5. Las puntuaciones más altas corresponden a los menores de 25 años, con 4,25 (IC95%:4,07-4,42). Se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre:

- Grupo de menores de 25 años y los mayores de 35; $p=0,01$
- Grupo de 26 a 28 años y los mayores de 35; $p=0,046$.

Gráfico 19. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Comunicación sobre el error.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

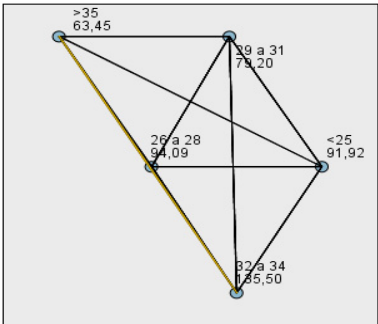
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-32 a 34	22,324	25,358	,880	,379	1,000
>35-29 a 31	24,463	14,225	1,720	,085	,855
>35-26 a 28	40,696	12,312	3,305	,001	,009
>35-<25	41,755	14,951	2,793	,005	,052
32 a 34-29 a 31	2,139	24,455	,087	,930	1,000
32 a 34-26 a 28	18,372	23,394	,785	,432	1,000
32 a 34-<25	19,431	24,884	,781	,435	1,000
29 a 31-26 a 28	16,233	10,325	1,572	,116	1,000
29 a 31-<25	17,291	13,363	1,294	,196	1,000
26 a 28-<25	1,059	11,305	,094	,925	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

La puntuación más alta en esta dimensión la alcanzan los menores de 25 años, con 4,01 (IC95%: 3,72-4,31) y la más baja la de mayores de 35 años, con 3,41 (IC95%: 3,12-3,70). Se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos etarios de 26 a 28 años y los mayores de 35 ($p=0,009$).

Gráfico 20. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

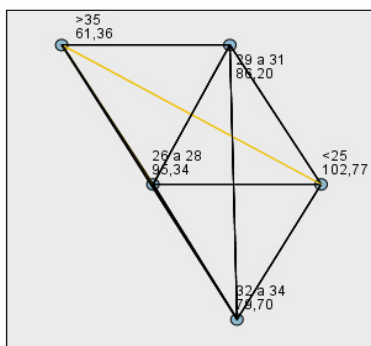
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	15,745	14,149	1,113	,266	1,000
>35-<25	28,471	14,871	1,914	,056	,556
>35-26 a 28	30,641	12,271	2,497	,013	,125
>35-32 a 34	72,048	25,222	2,856	,004	,043
29 a 31-<25	12,726	13,292	,957	,338	1,000
29 a 31-26 a 28	14,896	10,300	1,446	,148	1,000
29 a 31-32 a 34	-56,303	24,325	-2,315	,021	,206
<25-26 a 28	-2,170	11,271	-,193	,847	1,000
<25-32 a 34	-43,577	24,752	-1,761	,078	,783
26 a 28-32 a 34	-41,407	23,282	-1,778	,075	,753

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

La puntuación más alta la obtiene el grupo de 32 a 34 años, con 4,20 (IC95%: 3,94-4,46) y la más baja el de mayores de 35 años, con 3,13 (IC95%:2,78-3,48). Se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,043).

Gráfico 21. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Aprendizaje organizacional.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

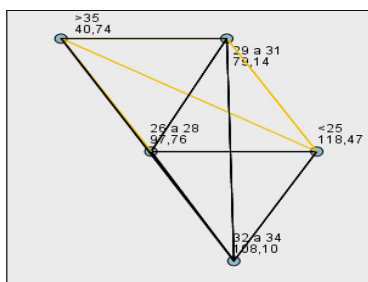
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-32 a 34	18,343	24,937	,736	,462	1,000
>35-29 a 31	24,840	13,989	1,776	,076	,758
>35-26 a 28	33,978	12,132	2,801	,005	,051
>35-<25	41,410	14,258	2,904	,004	,037
32 a 34-29 a 31	6,497	24,049	,270	,787	1,000
32 a 34-26 a 28	15,635	23,019	,679	,497	1,000
32 a 34-<25	23,067	24,207	,953	,341	1,000
29 a 31-26 a 28	9,138	10,183	,897	,370	1,000
29 a 31-<25	16,570	12,642	1,311	,190	1,000
26 a 28-<25	7,432	10,550	,704	,481	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

La puntuación más alta la obtiene el grupo de menores de 25 años, con 4,04 (IC95%: 3,92-4,16) y la más baja el grupo de mayores de 35 años, con 3,41 (IC95%:3,06-3,76). Se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,037$).

Gráfico 22. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Dev. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	38,398	14,633	2,624	,009	,087
>35-26 a 28	57,020	12,665	4,502	,000	,000
>35-32 a 34	67,362	26,085	2,582	,010	,098
>35.<25	77,729	14,915	5,212	,000	,000
29 a 31-26 a 28	18,622	10,621	1,753	,080	,796
29 a 31-32 a 34	-28,964	25,156	-1,151	,250	1,000
29 a 31.<25	39,330	13,224	2,974	,003	,029
26 a 28-32 a 34	-10,342	24,065	-,430	,667	1,000
26 a 28.<25	20,709	11,006	1,881	,060	,599
32 a 34.<25	10,367	25,321	,409	,682	1,000

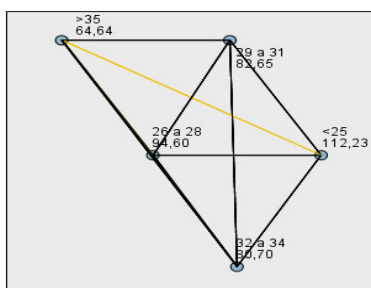
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

El grupo que obtiene mejor puntuación es el de menores de 25, con 3,94 (IC95%:3,74-4,15) y el de peor puntuación el de mayores de 35 años, con una puntuación media de 2,98 (IC95%:2,82-3,13). Se establece que existen diferencias estadísticamente significativas entre:

- <25 años y el grupo de 29 a 31 años; $p=0,029$.
- < 25 y > 35; $p<0,001$.
- Los de 26 a 28 años y los >35 años; $p<0,001$.

Gráfico 23. Distribución de los valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: ISSP.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-32 a 34	16,057	26,214	,613	,540	1,000
>35-29 a 31	18,009	14,705	1,225	,221	1,000
>35-26 a 28	29,954	12,728	2,353	,019	,186
>35-<25	47,590	14,989	3,175	,001	,015
32 a 34-29 a 31	1,952	25,281	,077	,938	1,000
32 a 34-26 a 28	13,897	24,184	,575	,566	1,000
32 a 34-<25	31,533	25,447	1,239	,215	1,000
29 a 31-26 a 28	11,945	10,674	1,119	,263	1,000
29 a 31-<25	29,582	13,289	2,226	,026	,260
26 a 28-<25	17,637	11,061	1,594	,111	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Los grupos que obtienen una puntuación mayor en el ISSP son los grupos más jóvenes. En primer lugar, el de menores de 25 años, que tiene una puntuación de 3,80 (IC95%: 3,64–3,94) y, en segundo puesto, el grupo de 26 a 28 años con un valor de 3,64 (IC95%: 3,54–3,74), encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,015$) entre los < 25 años y el de peor puntuación, que resultó ser el de mayor edad (mayores de 35 años), con un valor de 3,36 (IC95%: 3,16–3,56).

En la tabla 19 se indica el porcentaje de encuestados que muestran una “percepción positiva”, en las diferentes dimensiones estudiadas, según los grupos de edad considerados.

Tabla 19. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción positiva". Datos desagregados por tramos etarios.

	Percepción positiva (%) por tramo etario				
	<25	26-28	29-31	32-34	>35
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	78,6	72,5	69,7	40,0	71,4
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	65,4	62,9	63,6	20,0	61,9
Trabajo en equipo	93,3	84,9	75,8	100,0	90,5
Ritmo y carga de trabajo	53,7	33,3	18,2	40,0	38,1
Formación del personal no sanitario	92,3	69,4	58,6	100,0	61,9
Formación del personal sanitario	84,6	80,6	69,7	100,0	71,4
Procedimientos establecidos en el centro	76,7	71	63,6	100,0	61,9
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	76,7	73,1	75,8	100,0	52,4
Comunicación franca	78,6	86,5	75,8	100,0	81,0
Seguimiento de la atención a los pacientes	100	88,2	71,0	100,0	61,9
Comunicación sobre el error	80,8	88,2	75,8	100,0	71,4
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	84,6	92,5	72,7	100,0	81,0
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	80,8	72,5	63,6	100,0	52,4
Aprendizaje organizacional	100	86,8	81,8	100,0	71,4
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	93,3	80,6	81,8	60,0	61,9
Puntuaciones globales sobre la calidad	93,3	76,3	63,6	100,0	14,3
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	36,7	44,1	36,4	60,0	4,8
Índice sintético (ISSP)	93,3	87,1	75,8	100,0	81,0

Al comprobar la distribución no normal de las muestras en los referidos tramos etarios se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones (tabla 20):

- Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14).
- Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10).
- Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9).
- Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12)
- Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4)
- Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7).
- Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)
- Índice sintético (ISSP)

Tabla 20. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de tramos etarios.

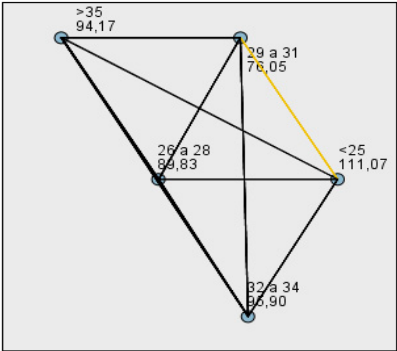
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de "Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,522	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,417	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de "Trabajo en equipo" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,255	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de "Ritmo y carga de trabajo" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,033	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución de "Formación del personal no sanitario" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,028	Rechace la hipótesis nula.
6	La distribución de "Formación del personal sanitario" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,363	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,392	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,160	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de "Comunicación franca" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,485	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de "Seguimiento de la atención a los pacientes" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,001	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de "Comunicación sobre el error" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,192	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de "Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,048	Rechace la hipótesis nula.
13	La distribución de "Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,107	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de "Aprendizaje organizacional" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,037	Rechace la hipótesis nula.
15	La distribución de "Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,061	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de "Puntuaciones globales sobre la calidad" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
17	La distribución de "Puntuaciones globales en seguridad del paciente" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,015	Rechace la hipótesis nula.
18	La distribución de "Índice sintético" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,246	Conserve la hipótesis nula.
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.				

Posteriormente, para averiguar entre que grupos etarios se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 25 a 31**):



Gráfico 24. Percepción Positiva. Prueba de Kruskal.Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.
Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

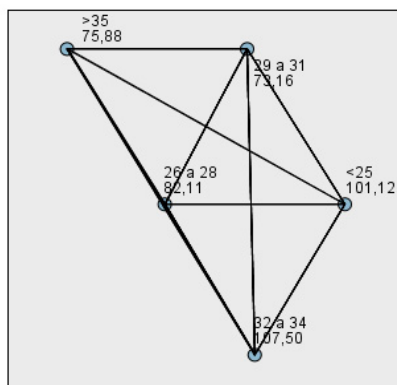
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
29 a 31-26 a 28	13,788	8,828	1,562	,118	1,000
29 a 31->35	-18,121	12,163	-1,490	,136	1,000
29 a 31-32 a 34	-19,855	20,910	-,950	,342	1,000
29 a 31-<25	35,021	10,991	3,186	,001	,014
26 a 28->35	-4,333	10,527	-,412	,681	1,000
26 a 28-32 a 34	-6,067	20,002	-,303	,762	1,000
26 a 28-<25	21,233	9,148	2,321	,020	,203
>35-32 a 34	1,733	21,682	,080	,936	1,000
>35-<25	16,900	12,397	1,363	,173	1,000
32 a 34-<25	15,167	21,047	,721	,471	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- El grupo que registra mejores resultados es el de < 25 años (53,7%) y el peor el de 29 a 31 años (18,2%), estableciéndose diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos (P=0,014).

Gráfico 25. Percepción Positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.
Variable dependiente: Formación del personal no sanitario.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
29 a 31->35	-2,726	10,815	-,252	,801	1,000
29 a 31-26 a 28	8,957	8,117	1,103	,270	1,000
29 a 31-<25	27,960	10,194	2,743	,006	,061
29 a 31-32 a 34	-34,345	18,277	-1,879	,060	,602
>35-26 a 28	6,231	9,198	,677	,498	1,000
>35-<25	25,234	11,074	2,279	,023	,227
>35-32 a 34	31,619	18,782	1,683	,092	,923
26 a 28-<25	19,004	8,459	2,247	,025	,247
26 a 28-32 a 34	-25,388	17,369	-1,462	,144	1,000
<25-32 a 34	-6,385	18,431	-,346	,729	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

La corrección de Dunn-Bonferroni tiene como principal desventaja que, cuando se realiza un gran número de comparaciones múltiples, el nivel de significación

individual se hace demasiado pequeño y no es capaz de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo. En esta situación, una de las opciones viables es buscar las posibles diferencias estadísticamente significativas aplicando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. La prueba de Mann-Whitney realiza las comparaciones grupo a grupo, teniendo que realizarse los emparejamientos uno a uno y no de manera múltiple.

Al aplicar la prueba de Mann-Whitney (tabla 21) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- Menores de 25 (92,3%) y el grupo de 26 a 28 (69,4%); $p=0,019$.
- Menores de 25 (92,3%) y grupo de 29 a 31 (58,6%), $p=0,005$.
- Menores de 25 (92,3%) y mayores de 35 (61,9%); $p=0,012$.

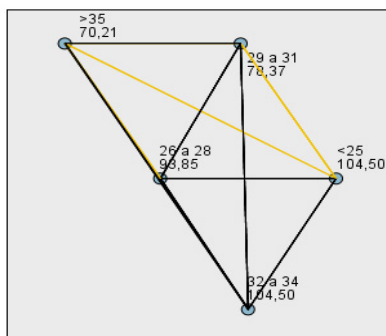
Las diferencias siempre fueron a favor del grupo de menores de 25 años.

Tabla 21. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Formación del personal no sanitario".

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de "Formación del personal no sanitario" es la misma entre el grupo de <25 y el grupo de 26 a 28 años.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	, 019	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de "Formación del personal no sanitario" es la misma entre el grupo de <25 y el grupo de 29 a 31 años.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,005	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de "Formación del personal no sanitario" es la misma entre el grupo de <25 y el grupo >35.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,048	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 26. Percepción Positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.
Variable dependiente: Seguimiento de la atención a los pacientes.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	8,157	9,245	,882	,378	1,000
>35-26 a 28	23,641	7,903	2,991	,003	,028
>35-<25	34,286	9,307	3,684	,000	,002
>35-32 a 34	34,286	16,277	2,106	,035	,352
29 a 31-26 a 28	15,484	6,784	2,282	,022	,225
29 a 31-<25	26,129	8,377	3,119	,002	,018
29 a 31-32 a 34	-26,129	15,764	-1,658	,097	,974
26 a 28-<25	10,645	6,868	1,550	,121	1,000
26 a 28-32 a 34	-10,645	15,016	-,709	,478	1,000
<25-32 a 34	,000	15,800	,000	1,000	1,000

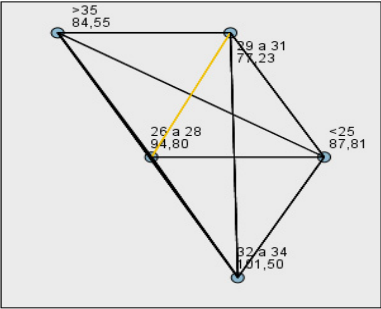
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
 Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- De 26 a 28 (88,2%) y mayores de 35 (61,95%); $p=0,002$.
- Menores de 25 (98,9%) y mayores de 35 (61,95%) y; $p=0,028$.
- Menores de 25 (98,9%) y grupo de 29 a 31(71,0%) y; $p=0,018$.

Gráfico 27. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.
Variable dependiente: Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

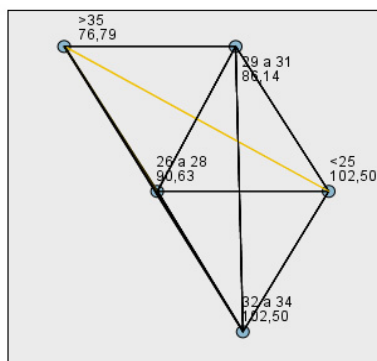
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
29 a 31->35	-7,320	8,509	-,860	,390	1,000
29 a 31-<25	10,580	7,994	1,324	,186	1,000
29 a 31-26 a 28	17,574	6,177	2,845	,004	,044
29 a 31-32 a 34	-24,273	14,629	-1,659	,097	,971
>35-<25	3,260	8,944	,365	,715	1,000
>35-26 a 28	10,253	7,365	1,392	,164	1,000
>35-32 a 34	16,952	15,169	1,118	,264	1,000
<25-26 a 28	-6,993	6,762	-1,034	,301	1,000
<25-32 a 34	-13,692	14,886	-,920	,358	1,000
26 a 28-32 a 34	-6,699	13,994	-,479	,632	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 26 a 28 años (92,5%) y el de 29 a 31 (72,7%); $p=0,044$.

Gráfico 28. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Aprendizaje organizacional.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



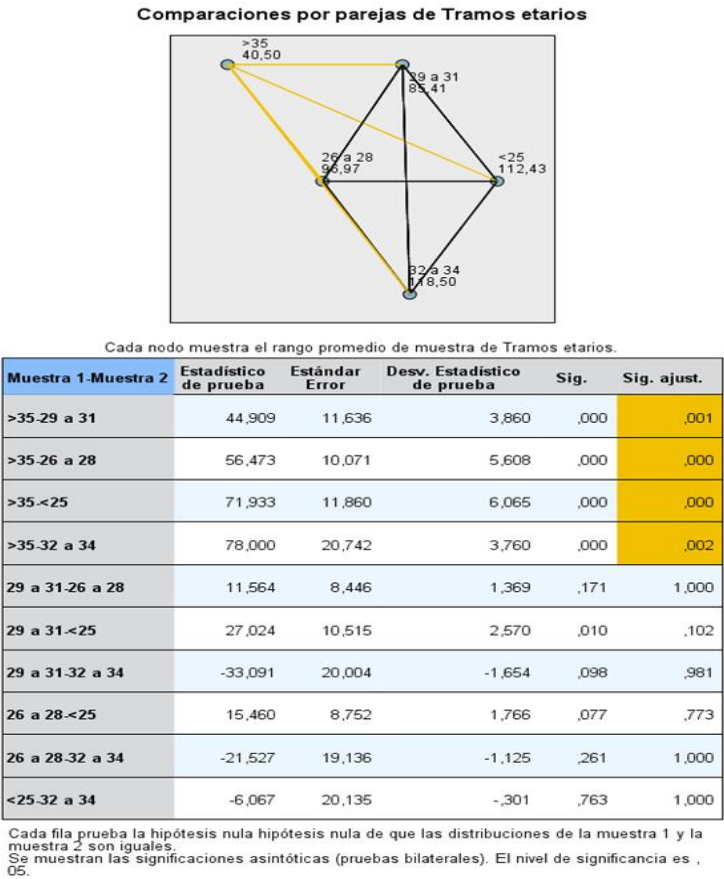
Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	9,351	8,564	1,092	,275	1,000
>35-26 a 28	13,846	7,427	1,864	,062	,623
>35-<25	25,714	8,729	2,946	,003	,032
>35-32 a 34	25,714	15,267	1,684	,092	,921
29 a 31-26 a 28	4,496	6,234	,721	,471	1,000
29 a 31-<25	16,364	7,739	2,114	,034	,345
29 a 31-32 a 34	-16,364	14,723	-1,111	,266	1,000
26 a 28-<25	11,868	6,459	1,837	,066	,661
26 a 28-32 a 34	-11,868	14,092	-,842	,400	1,000
<25-32 a 34	,000	14,820	,000	1,000	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los menores de 25 (100%) y los mayores de 35 años (71,4%); $p=0,032$.

Gráfico 29. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.

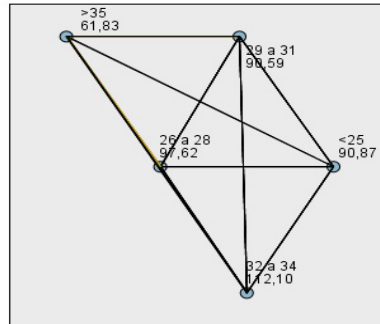


Se establecen diferencias estadísticamente significativas para los siguientes grupos:

- De 29 a 31 (81,8%) y mayores de 35 (61,9%); $p=0,001$.
- De 26 a 28 (80,6%) y mayores de 35 (61,9%); $p=0,0001$.
- Menores de 25 (93,3%) y mayores de 35 (61,9%); $p=0,0001$.
- Mayores de 35 (61,9%) y el grupo de 32 a 34 (60%); $p=0,002$.

Gráfico 30. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios.
Variable dependiente: Puntuaciones globales en seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	28,758	12,323	2,334	,020	,196
>35-<25	29,033	12,560	2,312	,021	,208
>35-26 a 28	35,785	10,665	3,355	,001	,008
>35-32 a 34	50,267	21,967	2,288	,022	,221
29 a 31-<25	,276	11,136	,025	,980	1,000
29 a 31-26 a 28	7,027	8,945	,786	,432	1,000
29 a 31-32 a 34	-21,509	21,185	-1,015	,310	1,000
<25-26 a 28	-6,752	9,269	-,728	,466	1,000
<25-32 a 34	-21,233	21,324	-,996	,319	1,000
26 a 28-32 a 34	-14,482	20,266	-,715	,475	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
 Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los mayores de 35 (4,8%) y el grupo de 26 a 28 años (44,1%); $p=0,008$.

En la tabla 22 se muestra el porcentaje de encuestados que muestran una “percepción claramente positiva”, en las diferentes dimensiones estudiadas según los grupos de edad considerados.

Tabla 22. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción claramente positiva". Datos desagregados por tramos etarios.

	Percepción claramente positiva (%)				
	<25	26-28	29-31	32-34	>35
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	32,1	20,9	18,2	0,0	19,0
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	26,9	34,8	27,3	20,0	47,6
Trabajo en equipo	63,3	67,7	57,6	40,0	42,9
Ritmo y carga de trabajo	33,3	12,9	0,0	0,0	19,0
Formación del personal no sanitario	76,9	52,9	37,9	20,0	42,9
Formación del personal sanitario	65,4	54,8	30,3	60,0	52,4
Procedimientos establecidos en el centro	53,3	35,5	30,3	60,0	23,8
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	53,3	38,7	36,4	20,0	23,8
Comunicación franca	60,7	48,3	45,5	40,0	23,8
Seguimiento de la atención a los pacientes	83,3	55,9	54,8	60,0	23,8
Comunicación sobre el error	73,1	68,8	45,5	20,0	33,3
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	65,4	55,9	45,5	20,0	42,9
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	34,6	44,0	36,4	40,0	28,6
Aprendizaje organizacional	80,0	63,7	66,7	40,0	47,6
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	60,0	53,8	51,5	40,0	42,9
Puntuaciones globales sobre la calidad	53,3	37,6	33,3	40,0	0,0
Puntuaciones globales en seguridad del paciente	30,0	25,8	21,2	0,0	0,0
Índice sintético (ISSP)	30,0	25,8	21,2	0,0	0,0

Al comprobar la distribución no normal de las muestras en los referidos tramos etarios se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las siguientes dimensiones (tabla 23):

- Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14).
- Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10).
- Formación del personal sanitario (C16, C17, C18).
- Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9).
- Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13, D8, D11, D14).
- Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4).
- Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7).
- Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E).

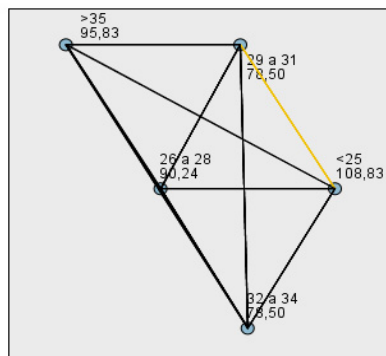
Tabla 23. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de tramos etarios.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de "Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,470	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de "Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,489	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de "Trabajo en equipo" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,213	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de "Ritmo y carga de trabajo" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,003	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución de "Formación del personal no sanitario" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,049	Rechace la hipótesis nula.
6	La distribución de "Formación del personal sanitario" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,037	Rechace la hipótesis nula.
7	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,221	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,243	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de "Comunicación franca" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,147	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de "Seguimiento de la atención a los pacientes" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,001	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de "Comunicación sobre el error" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,002	Rechace la hipótesis nula.
12	La distribución de "Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,224	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de "Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,049	Rechace la hipótesis nula.
14	La distribución de "Aprendizaje organizacional" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,130	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de "Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,767	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de "Puntuaciones globales sobre la calidad" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,003	Rechace la hipótesis nula.
17	La distribución de "Puntuaciones globales en seguridad del paciente" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,056	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de "Índice sintético" es la misma entre las categorías de Tramos etarios.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,056	Conserve la hipótesis nula.

Posteriormente, para averiguar entre que grupos etarios se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 32 a 38**):

Gráfico 31. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

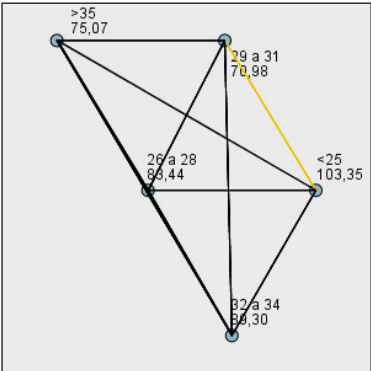
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
29 a 31-32 a 34	,000	15,324	,000	1,000	1,000
29 a 31-26 a 28	11,742	6,470	1,815	,070	,695
29 a 31->35	-17,333	8,913	-1,945	,052	,518
29 a 31-<25	30,333	8,055	3,766	,000	,002
32 a 34-26 a 28	11,742	14,659	,801	,423	1,000
32 a 34->35	-17,333	15,889	-1,091	,275	1,000
32 a 34-<25	30,333	15,424	1,967	,049	,492
26 a 28->35	-5,591	7,715	-,725	,469	1,000
26 a 28-<25	18,591	6,704	2,773	,006	,056
>35-<25	13,000	9,085	1,431	,152	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 29 a 31 (0%) y los menores de 25 años (33,3%); $p=0,002$.

Gráfico 32. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Formación del personal no sanitario.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

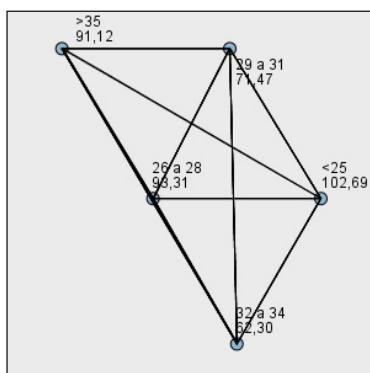
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
29 a 31->35	-4,089	11,905	-,343	,731	1,000
29 a 31-26 a 28	12,458	8,935	1,394	,163	1,000
29 a 31-32 a 34	-18,317	20,120	-,910	,363	1,000
29 a 31-<25	32,363	11,222	2,884	,004	,039
>35-26 a 28	8,370	10,125	,827	,408	1,000
>35-32 a 34	14,229	20,676	,688	,491	1,000
>35-<25	28,275	12,191	2,319	,020	,204
26 a 28-32 a 34	-5,859	19,120	-,306	,759	1,000
26 a 28-<25	19,905	9,312	2,138	,033	,325
32 a 34-<25	14,046	20,290	,692	,489	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 29 a 31 (37,9%) y los menores de 25 años (76,9%), $p=0,039$.

Gráfico 33. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Formación del personal sanitario.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
32 a 34-29 a 31	9,170	21,414	,428	,669	1,000
32 a 34->35	-28,819	22,205	-1,298	,194	1,000
32 a 34-26 a 28	31,006	20,485	1,514	,130	1,000
32 a 34-<25	40,392	21,790	1,854	,064	,638
29 a 31->35	-19,649	12,456	-1,577	,115	1,000
29 a 31-26 a 28	21,837	9,042	2,415	,016	,157
29 a 31-<25	31,223	11,701	2,668	,008	,076
>35-26 a 28	2,187	10,781	,203	,839	1,000
>35-<25	11,573	13,092	,884	,377	1,000
26 a 28-<25	9,386	9,899	,948	,343	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 24),

encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

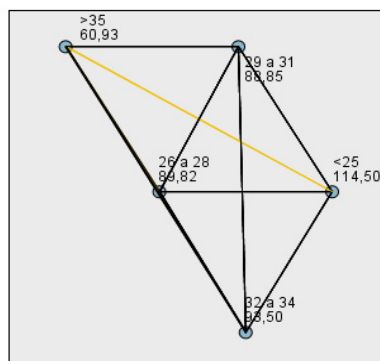
- Menores de 25 (65,4%) y grupo de 29 a 31 (30,3%); $p=0,008$.
- Grupo de 26 a 28 (54,8%) y grupo de 29 a 31 (30,3%); $p=0,016$.

Tabla 24. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Formación del personal sanitario".

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de "Formación del personal sanitario" es la misma entre el grupo de <25 y el grupo de 29 a 31 años.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,008	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de "Formación del personal no sanitario" es la misma entre el grupo de 26 a 28 años y el grupo de 29 a 31 años.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,016	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 34. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Seguimiento de la atención a los pacientes.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

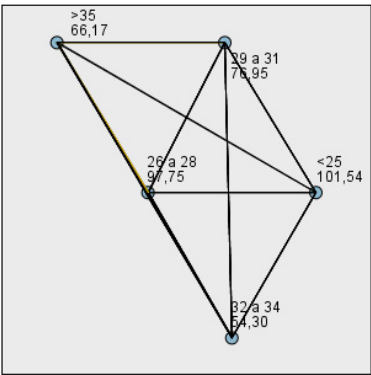
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	27,926	12,640	2,209	,027	,271
>35-26 a 28	28,894	10,805	2,674	,007	,075
>35-32 a 34	32,571	22,255	1,464	,143	1,000
>35-<25	53,571	12,725	4,210	,000	,000
29 a 31-26 a 28	,968	9,275	,104	,917	1,000
29 a 31-32 a 34	-4,645	21,553	-,216	,829	1,000
29 a 31-<25	25,645	11,454	2,239	,025	,252
26 a 28-32 a 34	-3,677	20,531	-,179	,858	1,000
26 a 28-<25	24,677	9,390	2,628	,009	,086
32 a 34-<25	21,000	21,603	,972	,331	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los mayores de 35 (23,8%) y los menores de 25 años (83,3%), $p=0,0001$.

Gráfico 35. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Comunicación sobre el error.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

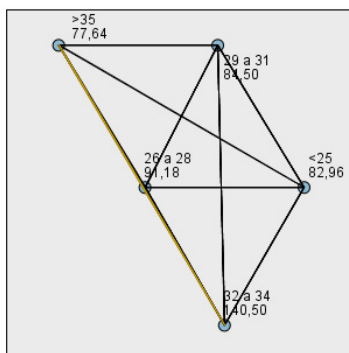
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
32 a 34->35	-11,867	21,797	-,544	,586	1,000
32 a 34-29 a 31	22,655	21,021	1,078	,281	1,000
32 a 34-26 a 28	43,447	20,109	2,161	,031	,307
32 a 34-<25	47,238	21,391	2,208	,027	,272
>35-29 a 31	10,788	12,228	,882	,378	1,000
>35-26 a 28	31,581	10,583	2,984	,003	,028
>35-<25	35,372	12,852	2,752	,006	,059
29 a 31-26 a 28	20,793	8,876	2,343	,019	,191
29 a 31-<25	24,584	11,487	2,140	,032	,323
26 a 28-<25	3,791	9,718	,390	,696	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 26 a 28 (68,8%) y los mayores de 35 (33,3%); $p=0,028$.

Gráfico 36. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

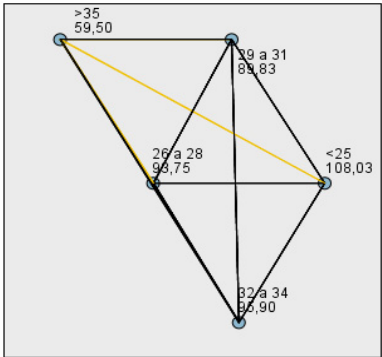
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-<25	5,319	12,730	,418	,676	1,000
>35-29 a 31	6,857	12,112	,566	,571	1,000
>35-26 a 28	13,538	10,504	1,289	,197	1,000
>35-32 a 34	62,857	21,591	2,911	,004	,036
<25-29 a 31	-1,538	11,378	-,135	,892	1,000
<25-26 a 28	-8,220	9,649	-,852	,394	1,000
<25-32 a 34	-57,538	21,188	-2,716	,007	,066
29 a 31-26 a 28	6,681	8,817	,758	,449	1,000
29 a 31-32 a 34	-56,000	20,823	-2,689	,007	,072
26 a 28-32 a 34	-49,319	19,931	-2,475	,013	,133

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 32 a 34 (100%) y los mayores de 35 años (28,6%); $p=0,036$.

Gráfico 37. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Tramos etarios. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.

Comparaciones por parejas de Tramos etarios



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Tramos etarios.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
>35-29 a 31	30,333	12,163	2,494	,013	,126
>35-26 a 28	34,247	10,527	3,253	,001	,011
>35-32 a 34	36,400	21,682	1,679	,093	,932
>35-<25	48,533	12,397	3,915	,000	,001
29 a 31-26 a 28	3,914	8,828	,443	,658	1,000
29 a 31-32 a 34	-6,067	20,910	-,290	,772	1,000
29 a 31-<25	18,200	10,991	1,656	,098	,978
26 a 28-32 a 34	-2,153	20,002	-,108	,914	1,000
26 a 28-<25	14,286	9,148	1,562	,118	1,000
32 a 34-<25	12,133	21,047	,576	,564	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los mayores de 35 años (0%) con los grupos más jóvenes:

- Grupo de 26 a 28 años (37,6%); $p=0.011$.
- Menores de 25 años (53,3%); $p=0,001$.

4.3.2.3. Año de residencia.

En la actualidad el periodo formativo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria es de 4 años (R1, R2, R3 y R4).

En el anexo 7 se reflejan los valores medios de cada dimensión desagregados por año de residencia de cada médico al ser encuestado.

Al comprobar la distribución no normal de las muestras en los referidos años de residencia se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, excepto en la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (tabla 25):

- Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad
- Trabajo en equipo
- Ritmo y carga de trabajo
- Formación del personal no sanitario
- Formación del personal sanitario
- Procedimientos establecidos en el centro
- Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios
- Comunicación franca
- Seguimiento de la atención a los pacientes
- Comunicación sobre el error
- Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios
- Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente
- Aprendizaje organizacional

- Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad
- Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)
- Índice sintético (ISSP).

Los residentes de primer año fueron los que obtuvieron mejores respuestas. Se calculó también el coeficiente de correlación de Spearman de la variable año de residencia con el índice sintético y con cada una de las dimensiones del constructo de la CSP. Con la excepción de la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”, la correlación fue significativa en todos los casos, pero el índice Rho de Spearman se situó en un rango entre -0,180 en el caso de “Ritmo y carga de trabajo (correlación escasa o nula) y de -0.327 en la dimensión “Puntuaciones Globales sobre la calidad”, lo que indica que existe correlación débil en esta última situación.

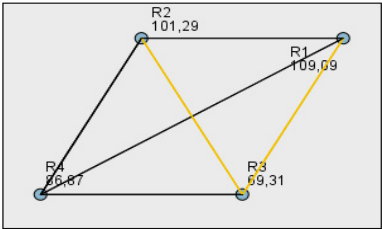
Tabla 25. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de año de residencia.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,001	Rechazar hipótesis nula
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,401	Conservar hipótesis nula.
3	La distribución Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
4	La distribución Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,011	Rechazar hipótesis nula
5	La distribución Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
6	La distribución Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,007	Rechazar hipótesis nula
7	La distribución Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,017	Rechazar hipótesis nula
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,008	Rechazar hipótesis nula
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,005	Rechazar hipótesis nula
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,026	Rechazar hipótesis nula
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,001	Rechazar hipótesis nula
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,037	Rechazar hipótesis nula
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,000	Rechazar hipótesis nula

Posteriormente, para averiguar entre que grupos etarios se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 39 a 55**):

Gráfico 38. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Aspectos relacionados con la seguridad del pacientes y la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-17,563	10,001	-1,756	,079	,474
R3-R2	31,978	12,065	2,650	,008	,048
R3-R1	39,783	10,544	3,773	,000	,001
R4-R2	14,415	11,987	1,203	,229	1,000
R4-R1	22,221	10,454	2,126	,034	,201
R2-R1	7,805	12,443	,627	,530	1,000

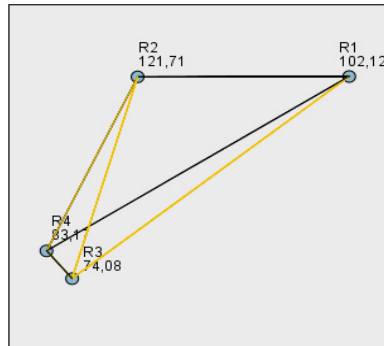
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 3,75 (IC95%: 3,49–4,01) y R3 con un valor de 3,19 (IC95%: 3,01–3,36); $p=0,001$.
- R2, con un valor de 3,43 (IC95%: 3,15–3,71) y R3 con un valor de 3,19 (IC95%: 3,01–3,36); $p=0,001$.

Gráfico 39. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Trabajo en equipo.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-9,090	10,155	-,895	,371	1,000
R3-R1	28,048	10,461	2,681	,007	,044
R3-R2	47,637	12,251	3,888	,000	,001
R4-R1	18,958	10,368	1,829	,067	,405
R4-R2	38,548	12,172	3,167	,002	,009
R1-R2	-19,589	12,429	-1,576	,115	,690

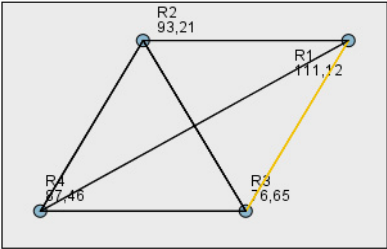
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 4,03 (IC95%: 3,77–4,28) y R3 con un valor de 3,74 (IC95%: 3,51–3,96); $p=0,044$.
- R2, con un valor de 4,22 (IC95%: 4,04–4,40) y R3 con un valor de 3,74 (IC95%: 3,51–3,96); $p=0,001$.
- R2, con un valor de 4,22 (IC95%: 4,04–4,40) y R4 con un valor de 3,87 (IC95%: 3,69–4,04); $p=0,009$.

Gráfico 40. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

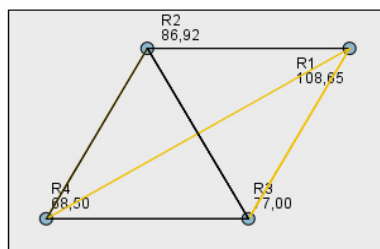
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-10,809	10,207	-1,059	,290	1,000
R3-R2	16,560	12,314	1,345	,179	1,000
R3-R1	34,471	10,515	3,278	,001	,006
R4-R2	5,751	12,234	,470	,638	1,000
R4-R1	23,662	10,421	2,271	,023	,139
R2-R1	17,911	12,492	1,434	,152	,910

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1, con un valor medio de 3,05 (IC95%: 2,70–3,39) y R3, con un valor de 2,35 (IC95%: 2,13–2,58); $p=0,006$.

Gráfico 41. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Formación del personal no sanitario.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

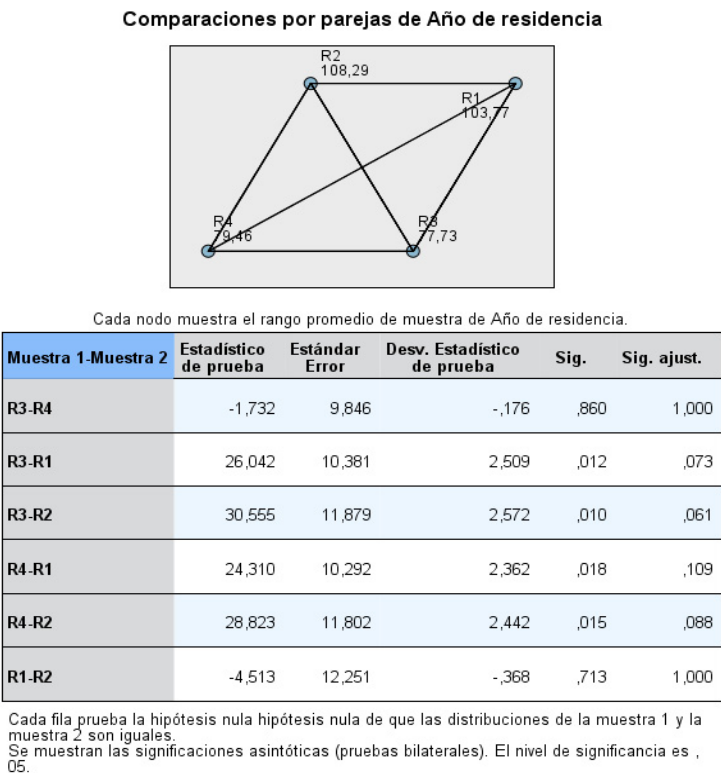
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	8,500	9,220	,922	,357	1,000
R4-R2	18,417	11,559	1,593	,111	,667
R4-R1	40,150	9,874	4,066	,000	,000
R3-R2	9,917	11,487	,863	,388	1,000
R3-R1	31,650	9,790	3,233	,001	,007
R2-R1	21,733	12,019	1,808	,071	,423

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 3,91 (IC95%: 3,66–4,16) y R4, con un valor de 3,37 (IC95%: 3,15–3,59); $p=0,0001$.
- R1, con un valor de 3,91 (IC95%: 3,66–4,16) y R3 con un valor de 3,50 (IC95%: 3,24–3,76); $p=0,007$.

Gráfico 42. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Formación del personal sanitario.



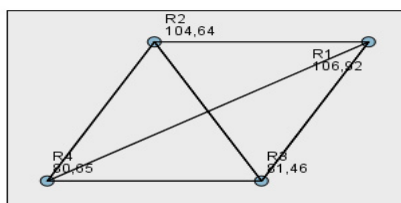
Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 26) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre R1 y R4 ($p<0,0001$), a favor del grupo de los R1: 3,76 (IC95%: 3,50-4,01) frente a 3,61 (IC95%: 3,42-3,79).

Tabla 26. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Formación del personal sanitario”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Formación del personal sanitario” es la misma entre los R1 y los R4	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,008	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 43. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	,813	10,141	,080	,936	1,000
R4-R2	23,995	12,155	1,974	,048	,290
R4-R1	26,269	10,354	2,537	,011	,067
R3-R2	23,181	12,234	1,895	,058	,349
R3-R1	25,455	10,447	2,437	,015	,089
R2-R1	2,274	12,412	,183	,855	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

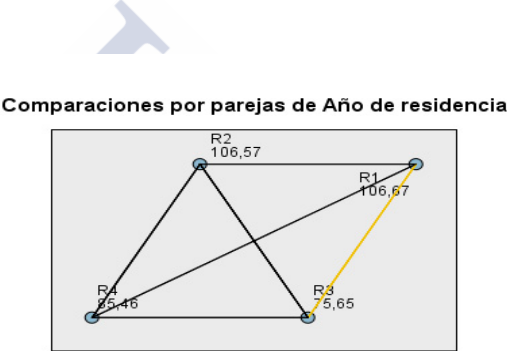
Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 27) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1, con 3,75 (IC95%: 3,53-3,96) y R4, con 3,39 (IC95%: 3,20-3,57);
p=0,010.
- R1, con 3,75 (IC95%: 3,53-3,96) y R3, con 3,39 (IC95%: 3,15-3,62);
p=0,012.
- R2 con 3,53 (IC95%: 3,12-3,94) y R4, con 3,39 (IC95%: 3,20-3,57);
p=0,010.

Tabla 27. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Procedimientos establecidos en el centro”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Procedimientos establecidos en el centro” es la misma entre los R1 y los R4	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,010	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Procedimientos establecidos en el centro” es la misma entre los R1 y los R3	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,016	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Procedimientos establecidos en el centro” es la misma entre los R2 y los R4	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,049	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 44. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios.



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

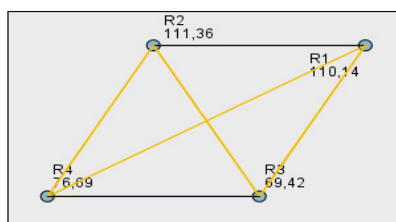
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-9,809	10,147	-,967	,334	1,000
R3-R2	30,918	12,242	2,526	,012	,069
R3-R1	31,013	10,454	2,967	,003	,018
R4-R2	21,108	12,162	1,736	,083	,496
R4-R1	21,204	10,360	2,047	,041	,244
R2-R1	,095	12,419	,008	,994	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1, con un valor medio de 3,76 (IC95%: 3,56–3,395) y R3, con un valor de 3,35 (IC95%: 3,13–3,58); p=0,018.

Gráfico 45. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Comunicación franca.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-7,265	9,924	-,732	,464	1,000
R3-R1	40,716	10,452	3,895	,000	,001
R3-R2	41,937	11,936	3,514	,000	,003
R4-R1	33,451	10,270	3,257	,001	,007
R4-R2	34,672	11,776	2,944	,003	,019
R1-R2	-1,221	12,224	-,100	,920	1,000

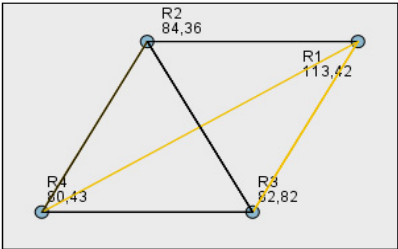
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 4,06 (IC95%: 3,85–4,28) y R3 con un valor de 3,56 (IC95%: 3,34–3,77); $p=0,001$.
- R1, con un valor de 4,06 (IC95%: 3,85–4,28) y R4 con un valor de 3,67 (IC95%: 3,50–3,84); $p=0,007$.
- R2, con un valor de 3,95 (IC95%: 3,72–4,18) y R3, con un valor de 3,56 (IC95%: 3,34–3,77); $p=0,003$.
- R2, con un valor de 4,22 (IC95%: 4,04–4,40) y R4 con un valor de 3,67 (IC95%: 3,50–3,84); $p=0,019$.

Gráfico 46. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.
Variable dependiente: Seguimiento de la atención a los pacientes.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	2,394	10,174	,235	,814	1,000
R4-R2	3,931	12,072	,326	,745	1,000
R4-R1	32,991	10,283	3,208	,001	,008
R3-R2	1,537	12,236	,126	,900	1,000
R3-R1	30,597	10,475	2,921	,003	,021
R2-R1	29,060	12,327	2,357	,018	,110

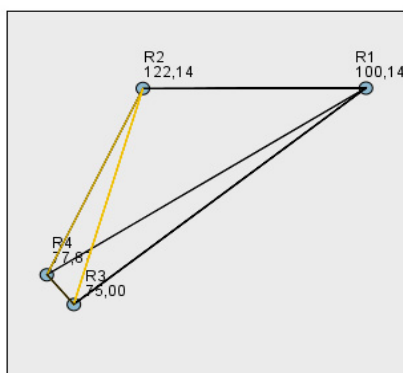
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 4,21 (IC95%: 4,06–4,37) y R4, con un valor de 3,83 (IC95%: 3,62–4,03); $p=0,008$.
- R1, con un valor de 4,21 (IC95%: 4,06–4,37) y R3 con un valor de 3,78 (IC95%: 3,51–4,05); $p=0,021$.

Gráfico 47. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Comunicación sobre el error.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-2,870	9,901	-,290	,772	1,000
R3-R1	25,136	10,438	2,408	,016	,096
R3-R2	47,143	11,945	3,947	,000	,000
R4-R1	22,266	10,349	2,151	,031	,189
R4-R2	44,272	11,867	3,731	,000	,001
R1-R2	-22,006	12,319	-1,786	,074	,444

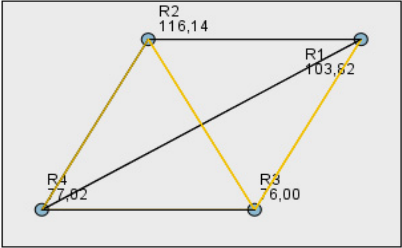
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos

- R2, con un valor de 4,16 (IC95%: 3,91-4,42) y R3, con un valor de 3,65 (IC95%: 3,41-3,89); $p=0,0001$.
- R2, con un valor de 4,16 (IC95%: 3,91-4,42) y R4, con un valor de 3,74 (IC95%: 3,56-3,93); $p=0,001$.

Gráfico 48. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.
Variable dependiente: Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-1,019	9,925	-,103	,918	1,000
R3-R1	27,818	10,463	2,659	,008	,047
R3-R2	40,143	11,974	3,353	,001	,005
R4-R1	26,800	10,374	2,583	,010	,059
R4-R2	39,124	11,896	3,289	,001	,006
R1-R2	-12,325	12,349	-,998	,318	1,000

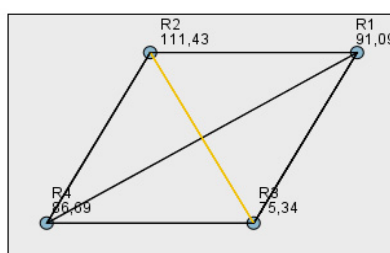
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 4,04 (IC95%: 3,83–4,24) y R3 con un valor de 3,65 (IC95%: 3,47–3,84); $p=0,047$.
- R2, con un valor de 4,06 (IC95%: 3,85–4,26) y R3 con un valor de 3,65 (IC95%: 3,47–3,84); $p=0,005$.
- R2, con un valor de 4,06 (IC95%: 3,85–4,26) y R4 con un valor de 3,70 (IC95%: 3,51–3,88); $p=0,006$.

Gráfico 49. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

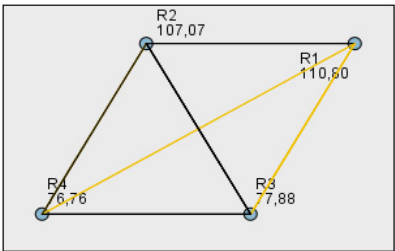
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-11,345	9,948	-1,140	,254	1,000
R3-R1	15,751	10,477	1,503	,133	,797
R3-R2	36,089	11,964	3,016	,003	,015
R4-R1	4,406	10,294	,428	,669	1,000
R4-R2	24,743	11,804	2,096	,036	,216
R1-R2	-20,338	12,253	-1,660	,097	,582

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R2, con un valor medio de 3,79 (IC95%: 3,40–4,17) y R3, con un valor de 3,39 (IC95%: 3,19–3,60); $p=0,015$.

Gráfico 50. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Aprendizaje organizacional.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	1,125	9,737	,116	,908	1,000
R4-R2	30,312	11,670	2,597	,009	,056
R4-R1	34,045	10,055	3,386	,001	,004
R3-R2	29,187	11,747	2,485	,013	,078
R3-R1	32,920	10,144	3,245	,001	,007
R2-R1	3,733	12,012	,311	,756	1,000

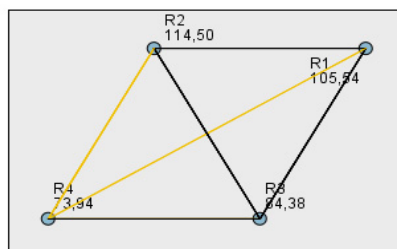
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos

- R1, con un valor de 4,05 (IC95%: 3,87-4,22) y R3, con un valor de 3,72 (IC95%: 3,48-3,96); $p=0,007$.
- R1, con un valor de 4,05 (IC95%: 3,87-4,22) y R4, con un valor de 3,69 (IC95%: 3,52-3,85); $p=0,004$.

Gráfico 51. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	10,440	10,128	1,031	,303	1,000
R4-R1	31,597	10,340	3,056	,002	,013
R4-R2	40,556	12,139	3,341	,001	,005
R3-R1	21,157	10,433	2,028	,043	,255
R3-R2	30,115	12,218	2,465	,014	,082
R1-R2	-8,958	12,395	-,723	,470	1,000

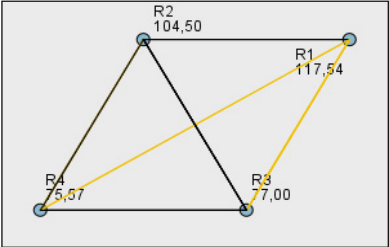
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos

- R1, con un valor de 3,93 (IC95%: 3,76-4,09) y R4, con un valor de 3,53 (IC95%: 3,34-3,71); $p=0,013$.
- R2, con un valor de 4,03 (IC95%: 3,77-4,29) y R4 con un valor de 3,53 (IC95%: 3,34-3,71); $p=0,005$.

Gráfico 52. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	1,426	10,185	,140	,889	1,000
R4-R2	28,926	12,208	2,370	,018	,107
R4-R1	41,968	10,399	4,036	,000	,000
R3-R2	27,500	12,287	2,238	,025	,151
R3-R1	40,542	10,492	3,864	,000	,001
R2-R1	13,042	12,465	1,046	,295	1,000

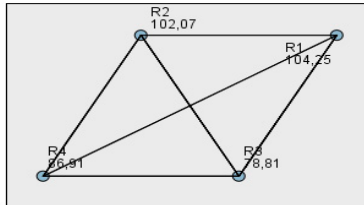
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos

- R1, con un valor de 3,93 (IC95%: 3,74-4,12) y R4, con un valor de 3,42 (IC95%: 3,24-3,59); $p=0,0001$.
- R1, con un valor de 3,93 (IC95%: 3,74-4,12) y R3, con un valor de 3,52 (IC95%: 3,29-3,75); $p=0,001$.

Gráfico 53. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones globales en seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-8,100	9,544	-,849	,396	1,000
R3-R2	23,264	11,514	2,020	,043	,260
R3-R1	25,442	9,832	2,588	,010	,058
R4-R2	15,164	11,439	1,326	,185	1,000
R4-R1	17,343	9,744	1,780	,075	,451
R2-R1	2,179	11,681	,187	,852	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 28), encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre:

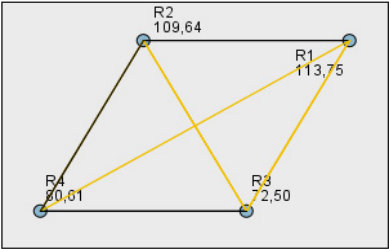
- R1, con un valor de 3,56 (IC95%: 3,30-3,82) y R3, con un valor de 3,13 (IC95%: 2,86-3,40); $p=0,011$.
- R2, con un valor de 3,25 (IC95%: 2,93-3,56) y R3, con un valor de 3,13 (IC95%: 2,86-3,40); $p=0,049$.

Tabla 28. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)".

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de "Puntuaciones globales en seguridad del paciente" es la misma entre R1 y R2	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,011	Rechaza la hipótesis nula.
2	La distribución de "Puntuaciones globales en seguridad del paciente" es la misma entre R2 y R3	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,048	Rechaza la hipótesis nula.

Gráfico 54. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones ISSP.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-8,111	10,235	-,792	,428	1,000
R3-R2	37,143	12,348	3,008	,003	,016
R3-R1	41,250	10,545	3,912	,000	,001
R4-R2	29,032	12,268	2,366	,018	,108
R4-R1	33,139	10,450	3,171	,002	,009
R2-R1	4,107	12,527	,328	,743	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1, con un valor de 3,84 (IC95%: 3,69–3,98) y R3 con un valor de 3,43 (IC95%: 3,27–3,59); $p=0,001$.
- R1, con un valor de 3,84 (IC95%: 3,69–3,98) y R4 con un valor de 3,50 (IC95%: 3,36–3,64); $p=0,009$.
- R2, con un valor de 3,71 (IC95%: 3,49–3,92) y R3 con un valor de 3,43 (IC95%: 3,27–3,59); $p=0,016$.

En la tabla 29 se muestra el porcentaje de encuestados que muestran una **“percepción positiva”** desagregada por Año de residencia.

Tabla 29. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción positiva". Datos desagregados por año de residencia.

	Percepción positiva (%) por Año residencia			
	R1	R2	R3	R4
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	77,3	71,4	61,5	77,8
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	66,7	57,1	52,0	70,4
Trabajo en equipo	91,7	96,7	73,1	85,2
Ritmo y carga de trabajo	54,2	35,7	15,4	37,0
Formación del personal no sanitario	90,0	75,0	65,4	60,0
Formación del personal sanitario	81,8	85,7	73,1	77,8
Procedimientos establecidos en el centro	79,2	71,4	65,4	66,7
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	79,2	71,4	65,4	66,7
Comunicación franca	86,4	85,7	72,0	88,9
Seguimiento de la atención a los pacientes	95,6	78,6	76,0	81,5
Comunicación sobre el error	81,8	92,9	80,8	81,5
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	90,9	97,9	80,8	81,5
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	72,7	71,4	68,0	70,4
Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7)	95,7	92,9	80,8	81,5
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	91,7	92,9	69,2	74,1
Puntuaciones globales sobre la calidad	95,8	85,7	53,8	55,6
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	45,8	50,0	26,9	33,3
Índice sintético (ISSP)	91,7	96,5	80,8	77,8

Al comprobarse la distribución no normal de las muestras en los referidos años de residencia se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el

contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente entre los encuestados que presentan “percepción positiva” por año de residencia en las siguientes dimensiones (tabla 30):

- Trabajo en equipo
- Ritmo y carga de trabajo
- Formación del personal no sanitario
- Seguimiento de la atención a los pacientes
- Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad
- Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)
- Índice sintético (ISSP).

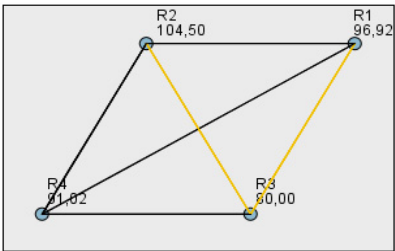
Posteriormente, para averiguar entre que grupos desagregados por año de residencia se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas sobre el porcentaje de encuestados que tienen “percepción positiva” se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 56 a 62**):

Tabla 30. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de año de residencia.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,231	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,224	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,005	Rechace la hipótesis nula.
4	La distribución Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,001	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,012	Rechace la hipótesis nula.
6	La distribución Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,558	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,431	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,428	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,108	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,006	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,523	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,053	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,966	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,074	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,008	Rechace la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,105	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,020	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 55. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Trabajo en equipo.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-11,019	6,204	-1,776	,076	,454
R3-R1	16,917	6,391	2,647	,008	,049
R3-R2	24,500	7,485	3,273	,001	,006
R4-R1	5,898	6,334	,931	,352	1,000
R4-R2	13,481	7,436	1,813	,070	,419
R1-R2	-7,583	7,593	-,999	,318	1,000

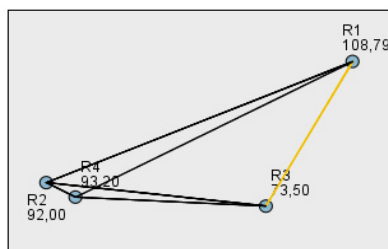
Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1(91,7%) y R3 (73,1%); $p=0,049$.
- R2 (96,7) y R3 (73,1%); $p=0,006$.

Gráfico 56. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.
Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

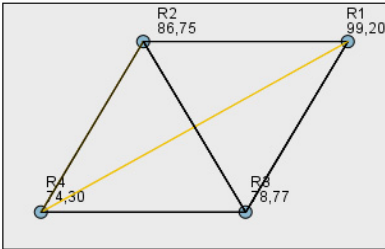
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R2	18,500	10,213	1,811	,070	,420
R3-R4	-19,704	8,465	-2,328	,020	,120
R3-R1	35,292	8,721	4,047	,000	,000
R2-R4	-1,204	10,147	-,119	,906	1,000
R2-R1	16,792	10,361	1,621	,105	,631
R4-R1	15,588	8,643	1,803	,071	,428

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
 Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (54,2%) y R3 (15,4%), $p=0,0001$.

Gráfico 57. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.
Variable dependiente: Formación del personal no sanitario.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

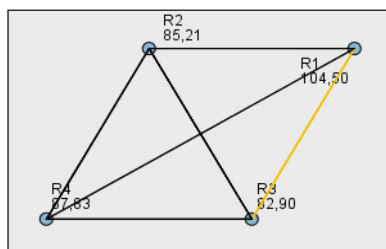
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	4,469	7,476	,598	,550	1,000
R4-R2	12,450	9,373	1,328	,184	1,000
R4-R1	24,900	8,007	3,110	,002	,011
R3-R2	7,981	9,314	,857	,392	1,000
R3-R1	20,431	7,938	2,574	,010	,060
R2-R1	12,450	9,745	1,278	,201	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (90,0%) y R4 (60,0%); $p=0,011$.

Gráfico 58. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia.
Variable dependiente: Seguimiento de la atención a los pacientes.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

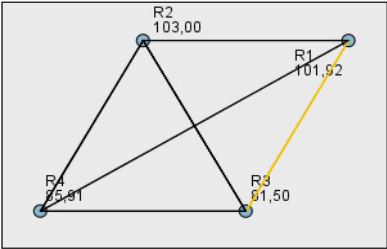
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R2	2,314	7,721	,300	,764	1,000
R3-R4	-4,933	6,420	-,768	,442	1,000
R3-R1	21,600	6,610	3,268	,001	,007
R2-R4	-2,619	7,617	-,344	,731	1,000
R2-R1	19,286	7,778	2,479	,013	,079
R4-R1	16,667	6,489	2,569	,010	,061

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
 Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (95,6%) y R3 (76,0%); $p=0,007$.

Gráfico 59. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del pacientes y la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

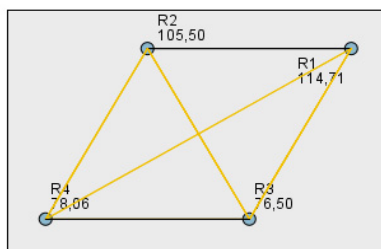
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-4,407	7,062	-,624	,533	1,000
R3-R1	20,417	7,276	2,806	,005	,030
R3-R2	21,500	8,520	2,523	,012	,070
R4-R1	16,009	7,211	2,220	,026	,158
R4-R2	17,093	8,465	2,019	,043	,261
R1-R2	-1,083	8,644	-,125	,900	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (91,7%) y R3 (69,2%); $p=0,0001$.

Gráfico 60. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-1,556	8,099	-,192	,848	1,000
R3-R2	29,000	9,771	2,968	,003	,018
R3-R1	38,208	8,343	4,579	,000	,000
R4-R2	27,444	9,707	2,827	,005	,028
R4-R1	36,653	8,269	4,433	,000	,000
R2-R1	9,208	9,912	,929	,353	1,000

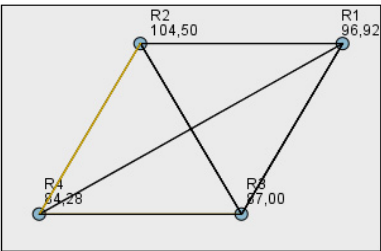
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1(95,8%) y R3 (53,8%); $p=0,0001$.
- R1(95,8%) y R4 (55,6%); $p=0,0001$.
- R2 (85,7%) y R3 (53,8%); $p=0,018$.
- R2 (85,7%) y R4 (55,6%); $p=0,028$.

Gráfico 61. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones ISSP.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	2,722	6,204	,439	,661	1,000
R4-R1	12,639	6,334	1,995	,046	,276
R4-R2	20,222	7,436	2,719	,007	,039
R3-R1	9,917	6,391	1,552	,121	,725
R3-R2	17,500	7,485	2,338	,019	,116
R1-R2	-7,583	7,593	-,999	,318	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R2 (96,5%) y R4 (77,8%); $p=0,039$.

En la tabla 31 se expone el porcentaje de encuestados que muestran una **“percepción claramente positiva”** desagregada por Año de residencia.

Tabla 31. Porcentaje de encuestados que muestran una "percepción claramente positiva". Datos desagregados por año de residencia.

	Percepción positiva (%) por Año de residencia			
	R1	R2	R3	R4
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	40,9	28,6	3,8	18,5
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	38,1	42,9	23,1	33,3
Trabajo en equipo	70,8	78,6	50,0	55,6
Ritmo y carga de trabajo	25,0	21,4	16,8	14,8
Formación del personal no sanitario	66,7	58,3	46,2	36,0
Formación del personal sanitario	68,2	64,3	38,5	40,7
Procedimientos establecidos en el centro	54,2	42,9	23,1	29,6
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	54,2	42,9	19,2	40,7
Comunicación franca	68,2	78,6	24,0	33,3
Seguimiento de la atención a los pacientes	79,2	57,1	48,0	44,4
Comunicación sobre el error	72,7	85,7	46,2	48,1
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	63,6	78,6	42,3	40,7
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	45,5	64,3	24,0	40,7
Aprendizaje organizacional	82,6	78,6	50,0	55,6
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	66,7	64,3	46,2	40,7
Puntuaciones globales sobre la calidad	50,0	50,0	30,8	18,5
Puntuaciones globales en seguridad del paciente	41,7	42,9	3,8	11,1
Índice sintético (ISSP)	41,7	40,2	5,6	12,6

Al comprobarse la distribución no normal de las muestras en los referidos años de residencia se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en todas las dimensiones de la encuesta, excepto en la dimensión “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (tabla 32).

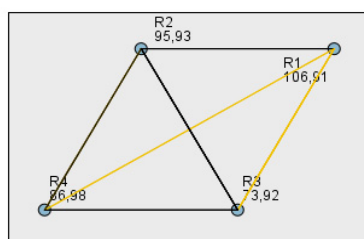
Tabla 32. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de año de residencia.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,319	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,031	Rechace la hipótesis nula.
4	La distribución Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,003	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
6	La distribución Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,006	Rechace la hipótesis nula.
7	La distribución Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,007	Rechace la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,004	Rechace la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,002	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,002	Rechace la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,006	Rechace la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,001	Rechace la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,027	Rechace la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,003	Rechace la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.

Posteriormente para averiguar entre qué año de residencia se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 63 a 79**):

Gráfico 62. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-13,058	7,106	-1,838	,066	,397
R3-R2	22,005	8,573	2,567	,010	,062
R3-R1	32,986	7,491	4,403	,000	,000
R4-R2	8,947	8,517	1,051	,293	1,000
R4-R1	19,928	7,427	2,683	,007	,044
R2-R1	10,981	8,841	1,242	,214	1,000

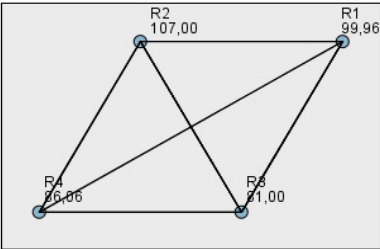
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1 (40,9%) y R3 (3,8%); $p=0,0001$.
- R1 (40,9%) y R4 (18,5%); $p=0,044$.

Gráfico 63. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Trabajo en Equipo.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-5,056	8,625	-,586	,558	1,000
R3-R1	18,958	8,886	2,134	,033	,197
R3-R2	26,000	10,406	2,499	,012	,075
R4-R1	13,903	8,807	1,579	,114	,686
R4-R2	20,944	10,338	2,026	,043	,257
R1-R2	-7,042	10,557	-,667	,505	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 33) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

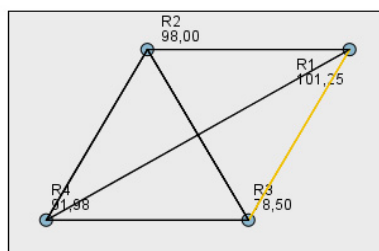
- R1 (70,8%) y R3 (50%); $p=0,035$.
- R2 (78,6%) y R3 (50%); $p=0,013$.
- R2 (78,6%) y R4 (55,6%); $p=0,041$.

Tabla 33. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Trabajo en equipo”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre los R1 y los R3	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,035	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre los R2 y los R3	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,013	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre los R2 y los R4	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,041	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 64. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

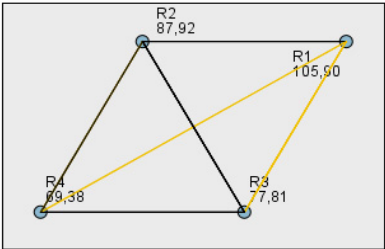
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-13,481	6,204	-2,173	,030	,179
R3-R2	19,500	7,485	2,605	,009	,055
R3-R1	22,750	6,391	3,559	,000	,002
R4-R2	6,019	7,436	,809	,418	1,000
R4-R1	9,269	6,334	1,463	,143	,860
R2-R1	3,250	7,593	,428	,669	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (25%) y R3 (16,8%); $p=0,002$.

Gráfico 65. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Formación del personal no sanitario.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	8,428	8,230	1,024	,306	1,000
R4-R2	18,537	10,318	1,797	,072	,434
R4-R1	36,520	8,814	4,143	,000	,000
R3-R2	10,109	10,253	,986	,324	1,000
R3-R1	28,092	8,738	3,215	,001	,008
R2-R1	17,983	10,728	1,676	,094	,562

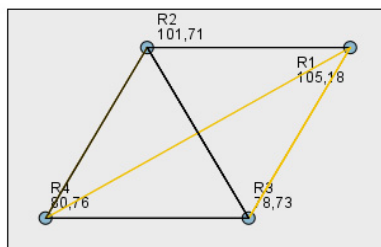
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1 (66,7%) y R3 (46,2%); $p=0,008$.
- R1 (66,7%) y R4 (14,8%); $p=0,0001$.

Gráfico 66. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Formación del personal sanitario.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-2,028	8,670	-,234	,815	1,000
R3-R2	22,984	10,460	2,197	,028	,168
R3-R1	26,451	9,140	2,894	,004	,023
R4-R2	20,955	10,392	2,017	,044	,262
R4-R1	24,423	9,062	2,695	,007	,042
R2-R1	3,468	10,787	,321	,748	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

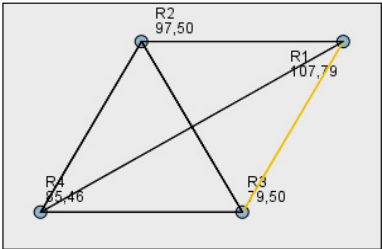


Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1 (68,2%) y R3 (38,5%); $p=0,023$.
- R1 (68,2%) y R4 (40,7%); $p=0,042$.

Gráfico 67. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

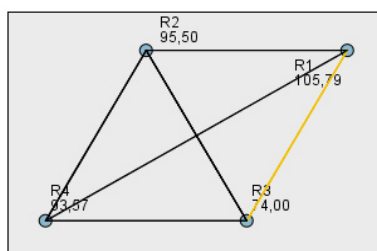
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-5,963	8,524	-,700	,484	1,000
R3-R2	18,000	10,283	1,750	,080	,480
R3-R1	28,292	8,781	3,222	,001	,008
R4-R2	12,037	10,216	1,178	,239	1,000
R4-R1	22,329	8,703	2,566	,010	,062
R2-R1	10,292	10,432	,987	,324	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (54,2%) y R3 (23,1%), $p=0,008$.

Gráfico 68. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

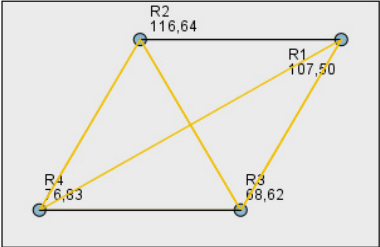
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-19,574	8,625	-2,269	,023	,139
R3-R2	21,500	10,406	2,066	,039	,233
R3-R1	31,792	8,886	3,578	,000	,002
R4-R2	1,926	10,338	,186	,852	1,000
R4-R1	12,218	8,807	1,387	,165	,992
R2-R1	10,292	10,557	,975	,330	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R1 (54,2%) y R3 (19,2%), $p=0,02$.

Gráfico 69. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Comunicación franca.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-8,213	8,640	-,951	,342	1,000
R3-R1	38,880	9,100	4,273	,000	,000
R3-R2	48,023	10,391	4,622	,000	,000
R4-R1	30,667	8,941	3,430	,001	,004
R4-R2	39,810	10,252	3,883	,000	,001
R1-R2	-9,143	10,642	-,859	,390	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

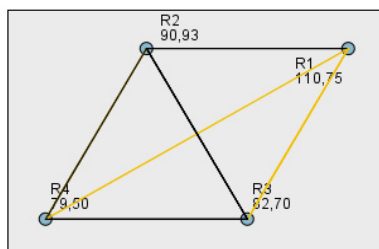


Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1(68,2%) y R3 (24,0%); $p=0,0001$.
- R1(68,2%) y R4 (33,3%); $p=0,004$.
- R2 (78,6%) y R3 (24,0%); $p=0,0001$.
- R2 (78,6%) y R4 (33,3%); $p=0,001$.

Gráfico 70. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Seguimiento de la atención a los pacientes.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	3,200	8,777	,365	,715	1,000
R4-R2	11,429	10,415	1,097	,273	1,000
R4-R1	31,250	8,872	3,522	,000	,003
R3-R2	8,229	10,556	,779	,436	1,000
R3-R1	28,050	9,037	3,104	,002	,011
R2-R1	19,821	10,635	1,864	,062	,374

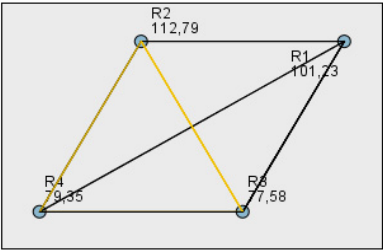
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1 (79,2%) y R3 (48,0%); $p=0,003$.
- R1 (79,2%) y R4 (44,4%); $p=0,011$.

Gráfico 71. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Comunicación sobre el error.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-1,775	8,511	-,209	,835	1,000
R3-R1	23,650	8,973	2,636	,008	,050
R3-R2	35,209	10,268	3,429	,001	,004
R4-R1	21,875	8,896	2,459	,014	,084
R4-R2	33,434	10,201	3,278	,001	,006
R1-R2	-11,558	10,589	-1,092	,275	1,000

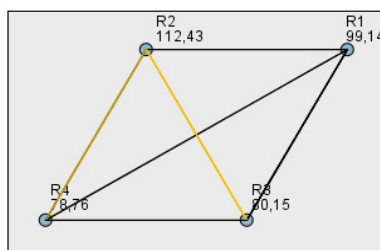
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R2 (85,7%) y R3 (46,2%); $p=0,004$.
- R2 (85,7%) y R4 (33,3%); $p=0,006$.

Gráfico 72. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	1,395	8,657	,161	,872	1,000
R4-R1	20,377	9,049	2,252	,024	,146
R4-R2	33,669	10,376	3,245	,001	,007
R3-R1	18,983	9,127	2,080	,038	,225
R3-R2	32,275	10,444	3,090	,002	,012
R1-R2	-13,292	10,771	-1,234	,217	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

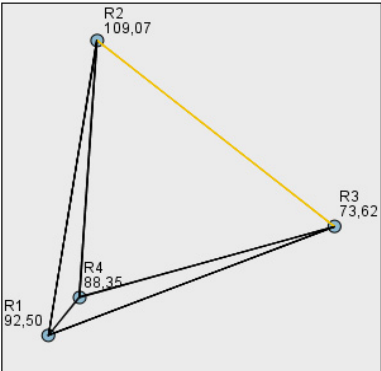


Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R2 (78,6%) y R3 (42,3%); $p=0,007$.
- R2 (78,6%) y R4 (40,7%); $p=0,012$.

Gráfico 73. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

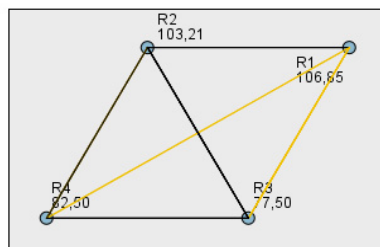
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-14,732	8,516	-1,730	,084	,502
R3-R1	18,880	8,969	2,105	,035	,212
R3-R2	35,451	10,242	3,461	,001	,003
R4-R1	4,148	8,812	,471	,638	1,000
R4-R2	20,720	10,105	2,050	,040	,242
R1-R2	-16,571	10,489	-1,580	,114	,685

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre R2 (64,3%) y R3 (24,0%); $p=0,003$.

Gráfico 74. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Aprendizaje organizacional.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-5,000	8,394	-,596	,551	1,000
R3-R2	25,714	10,127	2,539	,011	,067
R3-R1	29,348	8,744	3,356	,001	,005
R4-R2	20,714	10,061	2,059	,040	,237
R4-R1	24,348	8,668	2,809	,005	,030
R2-R1	3,634	10,355	,351	,726	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

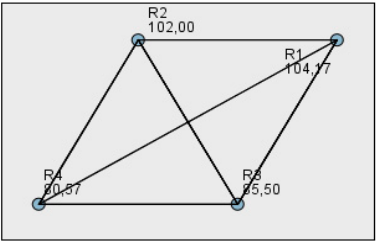


Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1 (82,6%) y R3 (50%); $p=0,005$.
- R1 (82,6%) y R4 (55,6%); $p=0,030$.

Gráfico 75. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del pacientes y la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	4,926	8,851	,557	,578	1,000
R4-R2	21,426	10,609	2,020	,043	,261
R4-R1	23,593	9,037	2,611	,009	,054
R3-R2	16,500	10,679	1,545	,122	,734
R3-R1	18,667	9,119	2,047	,041	,244
R2-R1	2,167	10,833	,200	,841	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 34) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

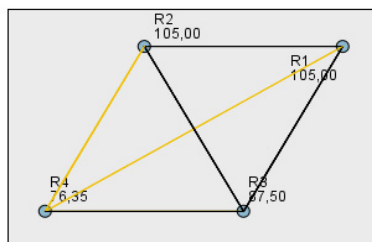
- R1 (66,7%) y R3 (46,2%); $p=0,040$.
- R1 (66,7%) y R4 (40,7%); $p=0,009$.
- R2 (64,3%) y R4 (40,7%); $p=0,044$.

Tabla 34. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad de los pacientes y la calidad”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad y la calidad” es la misma entre R1 y R3	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,040	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad y la calidad” es la misma entre R1 y R4	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,009	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad y la calidad” es la misma entre R2 y R4	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,044	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 76. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R4-R3	11,148	8,465	1,317	,188	1,000
R4-R1	28,648	8,643	3,314	,001	,006
R4-R2	28,648	10,147	2,823	,005	,029
R3-R1	17,500	8,721	2,007	,045	,269
R3-R2	17,500	10,213	1,713	,087	,520
R1-R2	,000	10,361	,000	1,000	1,000

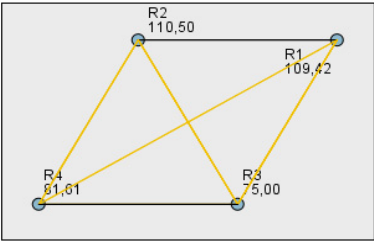
Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- R1(50,0%) y R4 (18,5%); $p=0,006$.
- R2 (50,0%) y R4 (18,5%), $p=0,029$.

Gráfico 77. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones globales en seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-6,611	7,342	-,900	,368	1,000
R3-R1	34,417	7,563	4,550	,000	,000
R3-R2	35,500	8,857	4,008	,000	,000
R4-R1	27,806	7,496	3,709	,000	,001
R4-R2	28,889	8,800	3,283	,001	,006
R1-R2	-1,083	8,986	-,121	,904	1,000

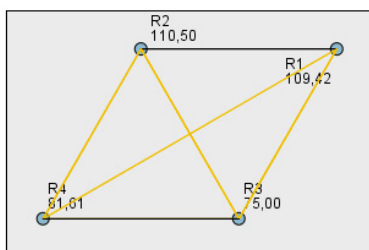
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1(41,7%) y R3 (3,8%); $p=0,0001$.
- R1(41,7%) y R4 (11,1%); $p=0,001$.
- R2 (42,9%) y R3 (3,8%); $p=0,0001$.
- R2 (42,9%) y R4 (11,1%); $p=0,006$.

Gráfico 78. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: Año de residencia. Variable dependiente: Puntuaciones ISSP.

Comparaciones por parejas de Año de residencia



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de Año de residencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
R3-R4	-6,611	7,342	-,900	,368	1,000
R3-R1	34,417	7,563	4,550	,000	,000
R3-R2	35,500	8,857	4,008	,000	,000
R4-R1	27,806	7,496	3,709	,000	,001
R4-R2	28,889	8,800	3,283	,001	,006
R1-R2	-1,083	8,986	-,121	,904	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- R1(41,7%) y R3 (5,6%); $p=0,0001$.
- R1(41,7%) y R4 (12,6%); $p=0,001$.
- R2 (40,2%) y R3 (5,6%); $p=0,0001$.
- R2 (40,2%) y R4 (12,6%); $p=0,006$.

4.3.2.4. Cupo de pacientes.

Después de comprobar que ninguno de los médicos residentes estaba asignado a un cupo de ≤ 999 pacientes ó > 2.000 pacientes, se establecieron 2 tramos en el número de pacientes por cupo, que fueron los siguientes:

- De 1.000 a 1.499 pacientes.
- De 1.500 a 2.000 pacientes.

En la tabla 35 se reflejan los valores medios de cada dimensión por tamaño de cupo de pacientes.

Al comprobar la distribución no normal de las muestras en los referidos cupos se aplicó la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney para el contraste de hipótesis de dos muestras independientes, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en las distintas dimensiones en el ISSP del cuestionario (tabla 36), ni en el porcentaje de médicos residentes con “percepción positiva” (tabla 37) o “percepción claramente positiva” (tabla 38).

Se calculó también el coeficiente de correlación de Spearman de la variable cupo de pacientes con el índice sintético y con cada una de las dimensiones del constructo de la CSP. La correlación fue significativa en las siguientes dimensiones: “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”: $p=0,036$. Índice Rho de Spearman: 0,159; “Procedimientos establecidos en el centro”: $p=0,037$. Índice Rho de Spearman: 0,155; “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”: $p=0,047$. Índice Rho de Spearman: 0,149.

Al situarse los valores del índice Rho de Spearman por debajo de 0,25 son indicativos de una correlación escasa o nula, aunque exista significancia estadística.

Tabla 35. Puntuación media de cada una de las dimensiones del cuestionario y del ISSP. Datos desagregados por tamaño del cupo de paciente.

	1.000-1.499		1.500-2.000	
	Media	IC95%	Media	IC95%
Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad	3,47	3,34-3,60	3,38	3,14-3,54
Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	3,53	3,35-3,72	3,04	3,57-3,31
Trabajo en equipo	3,95	3,82-4,08	3,87	3,69-4,06
Ritmo y carga de trabajo	2,57	2,39-2,76	2,70	2,46-2,94
Formación del personal no sanitario	3,67	3,51-3,83	3,36	3,11-3,60
Formación del personal sanitario	3,67	3,52-3,81	3,62	3,40-3,84
Procedimientos establecidos en el centro	3,62	3,48-3,76	3,27	3,06-3,49
Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios	3,61	3,47-3,74	3,42	3,23-3,62
Comunicación franca	3,80	3,67-3,94	3,70	3,55-3,86
Seguimiento de la atención a los pacientes	3,94	3,78-4,10	3,79	3,62-3,97
Comunicación sobre el error	3,90	3,75-4,04	3,76	3,58-3,93
Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios	3,90	3,77-4,03	3,68	3,52-3,83
Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente	3,58	3,43-3,72	3,54	3,33-3,75
Aprendizaje organizacional	3,81	3,66-3,95	3,82	3,66-3,98
Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	3,73	3,58-3,87	3,79	3,62-3,96
Puntuaciones globales sobre la calidad	3,57	3,44-3,71	3,66	3,48-3,84
Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	3,36	3,21-3,52	3,13	2,92-3,35
Índice sintético (ISSP)	3,63	3,52-3,73	3,52	3,38-3,65

Tabla 36. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías del cupo de pacientes.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,466	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,081	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,693	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,515	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,184	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,477	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,060	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,419	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,421	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,445	Conserve la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,361	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,069	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,916	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,733	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,326	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,066	Conserve la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,318	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,440	Conserve la hipótesis nula.

Tabla 37. Contraste de hipótesis: la distribución de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de cupo de pacientes.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,382	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,419	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,259	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,369	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,749	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,430	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,137	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,183	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,549	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,910	Conserve la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,181	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,774	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,290	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,503	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,238	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,228	Conserve la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,834	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,259	Conserve la hipótesis nula.

Tabla 38. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de cupo de pacientes.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,973	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,372	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución de Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,285	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,530	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución de Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,114	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución de Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,846	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,983	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,846	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,123	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,290	Conserve la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,503	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,575	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,563	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,371	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,715	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,123	Conserve la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,352	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de Cupo de pacientes.	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,352	Conserve la hipótesis nula.

4.3.2.5. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria.

En Galicia hay 7 UDMFYC: A Coruña, Santiago de Compostela, Ferrol, Pontevedra, Vigo, Lugo, Ourense.

En el anexo 8 se reflejan los valores medios de cada dimensión desagregados por la UDMFYC a la que pertenece el médico residente encuestado.

Al comprobarse la distribución no normal de las muestras desagregadas por UDMFYC se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, no encontrándose diferencias estadísticamente entre los encuestados (tabla 39).

Se calculó también el coeficiente de correlación de Spearman de la variable UDMFYC con el índice sintético y con cada una de las dimensiones del constructo de la CSP. La correlación fue significativa en las siguientes dimensiones:

- “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”: $p=0,019$. Índice Rho de Spearman: 0,177.
- “Comunicación sobre el error. Profesionales sanitarios”: $p=0,046$. Índice Rho de Spearman: 0,150.
- “Aprendizaje organizacional”: $p=0,025$. Índice Rho de Spearman: 0,167.
- “Puntuaciones globales en seguridad del paciente”: $p=0,029$. Índice Rho de Spearman: 0,162.

Al situarse los valores del índice Rho de Spearman por debajo de 0,25 indica que, aunque exista significancia estadística, la correlación es escasa o nula.

Tabla 39. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de las dimensiones es la misma entre las categorías de UDMFYC.

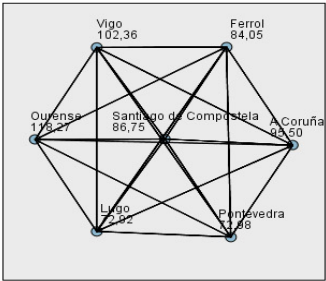
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,101	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,360	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,028	Rechace la hipótesis nula.
4	La distribución Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de Año de residencia.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,116	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,209	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,261	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,357	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,054	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,193	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,409	Conserve la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,294	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,228	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,020	Rechace la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,107	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,068	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,236	Conserve la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,278	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,288	Conserve la hipótesis nula.
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.				

Posteriormente para averiguar entre qué año de residencia se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación (**Gráficos de 80 y 81**):



Gráfico 79. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Trabajo en equipo.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Lugo-Pontevedra	,055	14,961	,004	,997	1,000
Lugo-Ferrol	11,122	18,799	,592	,554	1,000
Lugo-Santiago de Compostela	13,827	14,235	,971	,331	1,000
Lugo-A Coruña	22,577	13,452	1,678	,093	1,000
Lugo-Vigo	29,438	13,452	2,188	,029	,601
Lugo-Ourense	-45,350	15,140	-2,995	,003	,058
Pontevedra-Ferrol	11,067	19,160	,578	,564	1,000
Pontevedra-Santiago de Compostela	13,772	14,708	,936	,349	1,000
Pontevedra-A Coruña	22,522	13,952	1,614	,106	1,000
Pontevedra-Vigo	-29,383	13,952	-2,106	,035	,739
Pontevedra-Ourense	-45,294	15,586	-2,906	,004	,077
Ferrol-Santiago de Compostela	2,705	18,598	,145	,884	1,000
Ferrol-A Coruña	11,455	18,006	,636	,525	1,000
Ferrol-Vigo	-18,316	18,006	-1,017	,309	1,000
Ferrol-Ourense	-34,227	19,300	-1,773	,076	1,000
Santiago de Compostela-A Coruña	8,750	13,170	,664	,506	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-15,611	13,170	-1,185	,236	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-31,523	14,890	-2,117	,034	,720
A Coruña-Vigo	-6,861	12,319	-,557	,578	1,000
A Coruña-Ourense	-22,773	14,144	-1,610	,107	1,000
Vigo-Ourense	-15,912	14,144	-1,125	,261	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 40) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

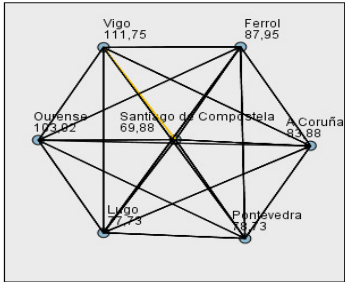
- Vigo, con un valor de 4,03 (IC95%: 3,82-4,24), y Lugo, con un valor de 3,71 (IC95%: 3,46-3,96); $p=0,027$.
- Ourense, con un valor de 4,39 (IC95%: 4,13-4,64), y Lugo, con un valor de 3,71 (IC95%: 3,46-3,96); $p=0,005$.
- Vigo, con un valor de 4,03 (IC95%: 3,82-4,24), y Pontevedra, con un valor de 3,75 (IC95%: 3,43-4,06); $p=0,029$.
- Ourense con un valor de 4,39 (IC95%: 4,13-4,64), Pontevedra, con un valor de 3,75 (IC95%: 3,43-4,06); $p=0,006$.
- Ourense, con un valor de 4,39 (IC95%: 4,13-4,64) y Santiago de Compostela, con un valor de 3,79 (IC95%: 3,38-4,17); $p=0,033$.

Tabla 40. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Trabajo en equipo”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre las UDMFYC de Lugo y Vigo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,027	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre las UDMFYC de Lugo y Ourense	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,005	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre las UDMFYC de Pontevedra y Vigo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,029	Rechace la hipótesis nula.
4	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre las UDMFYC de Pontevedra y Ourense	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,006	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución de “Trabajo en equipo” es la misma entre las UDMFYC de Santiago y Ourense	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,033	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 80. Valores de las dimensiones. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Santiago de Compostela-Lugo	-7,846	14,058	-,558	,577	1,000
Santiago de Compostela-Pontevedra	-8,843	14,683	-,602	,547	1,000
Santiago de Compostela-A Coruña	13,998	13,205	1,060	,289	1,000
Santiago de Compostela-Ferrol	-18,070	18,231	-,991	,322	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-33,139	14,871	-2,228	,026	,543
Santiago de Compostela-Vigo	-41,865	13,045	-3,209	,001	,028
Lugo-Pontevedra	,997	14,683	,068	,946	1,000
Lugo-A Coruña	6,152	13,205	,466	,641	1,000
Lugo-Ferrol	10,224	18,231	,561	,575	1,000
Lugo-Ourense	-25,293	14,871	-1,701	,089	1,000
Lugo-Vigo	34,019	13,045	2,608	,009	,191
Pontevedra-A Coruña	5,155	13,869	,372	,710	1,000
Pontevedra-Ferrol	9,227	18,717	,493	,622	1,000
Pontevedra-Ourense	-24,297	15,464	-1,571	,116	1,000
Pontevedra-Vigo	-33,023	13,717	-2,407	,016	,337
A Coruña-Ferrol	-4,072	17,582	-,232	,817	1,000
A Coruña-Ourense	-19,141	14,068	-1,361	,174	1,000
A Coruña-Vigo	-27,868	12,121	-2,299	,022	,452
Ferrol-Ourense	-15,069	18,865	-,799	,424	1,000
Ferrol-Vigo	-23,795	17,462	-1,363	,173	1,000
Ourense-Vigo	8,726	13,918	,627	,531	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre Vigo, con un valor de 3,86 (IC95%: 3,70-4,01), y Santiago de Compostela, con un valor de 3,33 (IC95%: 2,88-3,77); $p=0,028$.

En el anexo 9 se expone el porcentaje de encuestados que muestran una **“percepción positiva”**, en las diferentes dimensiones estudiadas desagregadas por la UDMFYC de pertenencia.

Al comprobarse la distribución no normal de las muestras desagregadas por UDMFYC se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente entre los encuestados en las dimensiones “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios”, “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” y “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” (tabla 41).

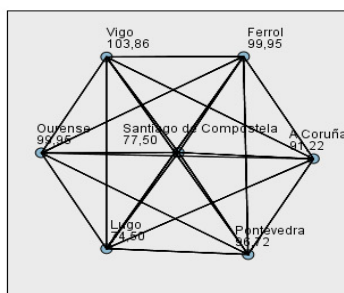
Posteriormente para averiguar entre que UDMFYC se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, (**Gráficos 82 a 84**).

Tabla 41, Contraste de hipótesis: la distribución de la "percepción positiva" es la misma entre las categorías de UDMFYC.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,835	Conserve la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,569	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,527	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,637	Conserve la hipótesis nula.
5	La distribución Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,140	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,170	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,481	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,044	Rechace la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,859	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,596	Conserve la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,298	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de UDMFYC..	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,782	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,009	Rechace la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,201	Conserve la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,049	Rechace la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,490	Conserve la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,148	Conserve la hipótesis nula.
18	La distribución de Índice sintético (ISSP) es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,288	Conserve la hipótesis nula.

Gráfico 81. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Lugo-Santiago de Compostela	3,000	11,094	,270	,787	1,000
Lugo-A Coruña	16,722	10,483	1,595	,111	1,000
Lugo-Pontevedra	22,217	11,660	1,905	,057	1,000
Lugo-Ferrol	25,455	14,651	1,737	,082	1,000
Lugo-Ourense	-25,455	11,799	-2,157	,031	,651
Lugo-Vigo	29,361	10,483	2,801	,005	,107
Santiago de Compostela-A Coruña	13,722	10,264	1,337	,181	1,000
Santiago de Compostela-Pontevedra	-19,217	11,463	-1,677	,094	1,000
Santiago de Compostela-Ferrol	-22,455	14,494	-1,549	,121	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-22,455	11,605	-1,935	,053	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-26,361	10,264	-2,568	,010	,215
A Coruña-Pontevedra	-5,495	10,873	-,505	,613	1,000
A Coruña-Ferrol	-8,732	14,033	-,622	,534	1,000
A Coruña-Ourense	-8,732	11,023	-,792	,428	1,000
A Coruña-Vigo	-12,639	9,601	-1,316	,188	1,000
Pontevedra-Ferrol	3,237	14,932	,217	,828	1,000
Pontevedra-Ourense	-3,237	12,147	-,266	,790	1,000
Pontevedra-Vigo	-7,144	10,873	-,657	,511	1,000
Ferrol-Ourense	,000	15,041	,000	1,000	1,000
Ferrol-Vigo	-3,907	14,033	-,278	,781	1,000
Ourense-Vigo	3,907	11,023	,354	,723	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.

Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 42) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

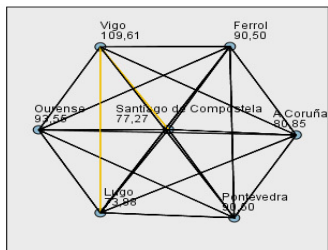
- Vigo (86,1%) y Lugo (53,8%); $p=0,005$.
- Vigo (86,1%) y Santiago de Compostela (57,1%); $p=0,010$.
- Ourense (81,8%) y Lugo (53,8%); $p=0,043$.

Tabla 42. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios".

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios" es la misma entre las UDMFYC de Vigo y Lugo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,005	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios" es la misma entre las UDMFYC de Vigo y Santiago	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,010	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de "Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios" es la misma entre las UDMFYC de Ourense y Lugo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,043	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 82. Percepción positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Lugo-Santiago de Compostela	3,385	11,167	,303	,762	1,000
Lugo-A Coruña	6,968	10,490	,664	,507	1,000
Lugo-Ferrol	16,615	14,482	1,147	,251	1,000
Lugo-Pontevedra	16,615	11,664	1,425	,154	1,000
Lugo-Ourense	-19,663	11,813	-1,664	,096	1,000
Lugo-Vigo	35,726	10,363	3,448	,001	,012
Santiago de Compostela-A Coruña	3,584	10,490	,342	,733	1,000
Santiago de Compostela-Ferrol	-13,231	14,482	-,914	,361	1,000
Santiago de Compostela-Pontevedra	-13,231	11,664	-1,134	,257	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-16,278	11,813	-1,378	,168	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-32,342	10,363	-3,121	,002	,038
A Coruña-Ferrol	-9,647	13,967	-,691	,490	1,000
A Coruña-Pontevedra	-9,647	11,017	-,876	,381	1,000
A Coruña-Ourense	-12,695	11,175	-1,136	,256	1,000
A Coruña-Vigo	-28,758	9,629	-2,987	,003	,059
Ferrol-Pontevedra	,000	14,869	,000	1,000	1,000
Ferrol-Ourense	-3,048	14,986	-,203	,839	1,000
Ferrol-Vigo	-19,111	13,871	-1,378	,168	1,000
Pontevedra-Ourense	-3,048	12,284	-,248	,804	1,000
Pontevedra-Vigo	-19,111	10,896	-1,754	,079	1,000
Ourense-Vigo	16,063	11,056	1,453	,146	1,000

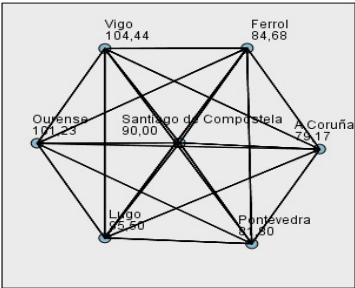
Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asíntóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- Vigo (94,4%) y Lugo (53,8%); $p=0,012$.
- Vigo (94,4%) y Santiago de Compostela (57,7%), $p=0.038$.

Gráfico 83. Percepción positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn- Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
A Coruña-Pontevedra	-2,638	9,703	-,272	,786	1,000
A Coruña-Ferrol	-5,515	12,523	-,440	,660	1,000
A Coruña-Santiago de Compostela	-10,833	9,159	-1,183	,237	1,000
A Coruña-Lugo	-16,333	9,355	-1,746	,081	1,000
A Coruña-Ourense	-22,061	9,837	-2,243	,025	,523
A Coruña-Vigo	-25,278	8,568	-2,950	,003	,067
Pontevedra-Ferrol	2,877	13,325	,216	,829	1,000
Pontevedra-Santiago de Compostela	8,196	10,229	,801	,423	1,000
Pontevedra-Lugo	-13,696	10,405	-1,316	,188	1,000
Pontevedra-Ourense	-19,423	10,840	-1,792	,073	1,000
Pontevedra-Vigo	-22,640	9,703	-2,333	,020	,412
Ferrol-Santiago de Compostela	5,318	12,935	,411	,681	1,000
Ferrol-Lugo	-10,818	13,074	-,827	,408	1,000
Ferrol-Ourense	-16,545	13,423	-1,233	,218	1,000
Ferrol-Vigo	-19,763	12,523	-1,578	,115	1,000
Santiago de Compostela-Lugo	-5,500	9,900	-,556	,579	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-11,227	10,356	-1,084	,278	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-14,444	9,159	-1,577	,115	1,000
Lugo-Ourense	-5,727	10,530	-,544	,586	1,000
Lugo-Vigo	8,944	9,355	,956	,339	1,000
Ourense-Vigo	3,217	9,837	,327	,744	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 43) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

- Ourense (90,9%) y Coruña (66,7%); $p=0,038$.
- Vigo (94,4%) y Coruña (66,7%); $p=0,003$.
- Vigo (94,4%) y Pontevedra (69,6%); $p=0,010$.

Tabla 43. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” es la misma entre las UDMFYC de Ourense y Coruña	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,038	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” es la misma entre las UDMFYC de Vigo y Coruña	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,003	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” es la misma entre las UDMFYC Vigo y Pontevedra	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,010	Rechace la hipótesis nula.

En el anexo 10 se muestra el porcentaje de encuestados que muestran una “percepción claramente positiva”, en las diferentes dimensiones estudiadas desagregadas por la UDMFYC de pertenencia.

Al comprobarse la distribución no normal de las muestras desagregadas por UDMFYC se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para el contraste de hipótesis de más de dos muestras independientes, encontrándose diferencias estadísticamente entre los grupos en las dimensiones indicadas en la tabla 44.

Posteriormente, para averiguar entre que UDMFYC se establecían las referidas diferencias estadísticamente significativas se realizó como prueba *post hoc* la corrección de Dunn-Bonferroni, cuyos resultados se muestran a continuación **(Gráfico 85 a 92)**.

Se estableció que existían diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de médicos residentes con “percepción claramente positiva” en las siguientes dimensiones:

- “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad”: entre la UDMFYC de Ourense (50,1%) y la de Vigo (5,6%), con una $p=0,001$; y entre la UDMFYC de Ourense (y la de A Coruña (13,9%), con una $p=0,024$.
- “Ritmo y carga de trabajo”: entre la UDMFYC de Santiago de Compostela (32,1%) y la de Vigo (2,8%) y la con una $p=0,019$.
- “Comunicación franca”: entre la UDMFYC de Ourense (72,7%) y las de Lugo (30,8%; $p=0,004$), Pontevedra (39,1%; $p=0,025$) y Santiago de Compostela (29,2%; $p=0,004$).

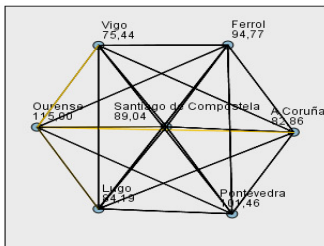
- “Seguimiento a la atención de los pacientes”: se encontraron diferencias entre los siguientes grupos:
 - Coruña (61,1%) y Lugo (34,6%); $p=0,041$.
 - Vigo (69,4%) y Lugo (34,6%); $p=0,007$.
 - Ourense (76,2%) y Lugo (34,6%); $p=0,005$.
 - Ourense (76,2%) y Santiago de Compostela (39,3%); $p=0,011$.
- “Aprendizaje organizacional”: entre la UDMFYC de Vigo (83,3%) y la de A Coruña (47,2%), con una $p=0,030$.
- “Puntuaciones globales sobre la calidad”: entre la UDMFYC de Ourense (68,2%) y las de Vigo (19,4%; $p=0,004$), Lugo (23,1%; $p=0,024$) y Pontevedra (21,7%; $p=0,024$).
- “Puntuaciones globales en seguridad del paciente”: entre la UDMFYC de Ourense (50%) y la de Lugo (3,8 %), con una $p=0,009$.
- “ISSP”: entre la UDMFYC de Lugo (3,8 %) y la de Ourense (50%), con una $p=0,003$.

Tabla 44. Contraste de hipótesis: la distribución de los valores de la "percepción claramente positiva" es la misma entre las categorías de UDMFYC.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,002	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,302	Conserve la hipótesis nula.
3	La distribución Trabajo en equipo es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,306	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución Ritmo y carga de trabajo es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,031	Rechace la hipótesis nula.
5	La distribución Formación del personal no sanitario es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,096	Conserve la hipótesis nula.
6	La distribución Formación del personal sanitario es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,649	Conserve la hipótesis nula.
7	La distribución Procedimientos establecidos en el centro es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,340	Conserve la hipótesis nula.
8	La distribución de Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,052	Conserve la hipótesis nula.
9	La distribución de Comunicación franca es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,042	Rechace la hipótesis nula.
10	La distribución de Seguimiento de la atención a los pacientes es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,024	Rechace la hipótesis nula.
11	La distribución de Comunicación sobre el error es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,471	Conserve la hipótesis nula.
12	La distribución de Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,274	Conserve la hipótesis nula.
13	La distribución de Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,061	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de Aprendizaje organizacional es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,045	Rechace la hipótesis nula.
15	La distribución de Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,544	Conserve la hipótesis nula.
16	La distribución de Puntuaciones globales sobre la calidad es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,004	Rechace la hipótesis nula.
17	La distribución de Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2) es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,011	Rechace la hipótesis nula.
18	La distribución de ISSP es la misma entre las categorías de UDMFYC.	Kruskal-Wallis para muestras independientes	,011	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 84. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

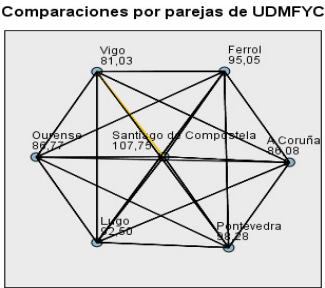
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Vigo-A Coruña	7,417	8,620	,860	,390	1,000
Vigo-Lugo	-8,748	9,413	-,929	,353	1,000
Vigo-Santiago de Compostela	13,597	9,638	1,411	,158	1,000
Vigo-Ferrol	19,328	12,599	1,534	,125	1,000
Vigo-Pontevedra	26,012	9,762	2,664	,008	,162
Vigo-Ourense	-39,556	9,897	-3,997	,000	,001
A Coruña-Lugo	-1,331	9,413	-,141	,888	1,000
A Coruña-Santiago de Compostela	-6,181	9,638	-,641	,521	1,000
A Coruña-Ferrol	-11,912	12,599	-,945	,344	1,000
A Coruña-Pontevedra	-18,595	9,762	-1,905	,057	1,000
A Coruña-Ourense	-32,139	9,897	-3,247	,001	,024
Lugo-Santiago de Compostela	4,849	10,352	,468	,639	1,000
Lugo-Ferrol	10,580	13,154	,804	,421	1,000
Lugo-Pontevedra	17,264	10,469	1,649	,099	1,000
Lugo-Ourense	-30,808	10,594	-2,908	,004	,076
Santiago de Compostela-Ferrol	-5,731	13,316	-,430	,667	1,000
Santiago de Compostela-Pontevedra	-12,415	10,672	-1,163	,245	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-25,958	10,795	-2,405	,016	,340
Ferrol-Pontevedra	-6,684	13,407	-,499	,618	1,000
Ferrol-Ourense	-20,227	13,505	-1,498	,134	1,000
Pontevedra-Ourense	-13,543	10,906	-1,242	,214	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre:

- Ourense (50%) y Vigo (5,6%); $p=0,001$.
- Ourense (50%) y Coruña (13,9%); $p=0,024$.

Gráfico 85. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Ritmo y carga de trabajo.



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

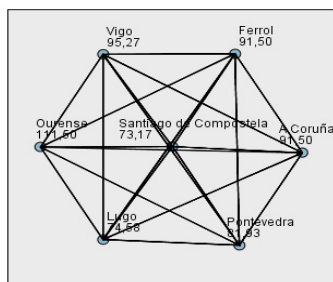
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Vigo-A Coruña	5,056	7,526	,672	,502	1,000
Vigo-Ourense	-5,745	8,641	-,665	,506	1,000
Vigo-Lugo	-11,472	8,218	-1,396	,163	1,000
Vigo-Ferrol	14,018	11,001	1,274	,203	1,000
Vigo-Pontevedra	17,255	8,524	2,024	,043	,902
Vigo-Santiago de Compostela	26,722	8,046	3,321	,001	,019
A Coruña-Ourense	-,689	8,641	-,080	,936	1,000
A Coruña-Lugo	-6,417	8,218	-,781	,435	1,000
A Coruña-Ferrol	-8,962	11,001	-,815	,415	1,000
A Coruña-Pontevedra	-12,199	8,524	-1,431	,152	1,000
A Coruña-Santiago de Compostela	-21,667	8,046	-2,693	,007	,149
Ourense-Lugo	5,727	9,250	,619	,536	1,000
Ourense-Ferrol	8,273	11,791	,702	,483	1,000
Ourense-Pontevedra	11,510	9,522	1,209	,227	1,000
Ourense-Santiago de Compostela	20,977	9,097	2,306	,021	,443
Lugo-Ferrol	2,545	11,485	,222	,825	1,000
Lugo-Pontevedra	5,783	9,140	,633	,527	1,000
Lugo-Santiago de Compostela	15,250	8,697	1,754	,080	1,000
Ferrol-Pontevedra	-3,237	11,706	-,277	,782	1,000
Ferrol-Santiago de Compostela	12,705	11,362	1,118	,264	1,000
Pontevedra-Santiago de Compostela	9,467	8,986	1,054	,292	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

- Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre Santiago de Compostela (32,1%) y Vigo (2,8%); $p=0.019$.

Gráfico 86. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Comunicación franca.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Santiago de Compostela-Lugo	-1,410	12,462	-,113	,910	1,000
Santiago de Compostela-Pontevedra	-8,768	12,846	-,683	,495	1,000
Santiago de Compostela-A Coruña	18,333	11,601	1,580	,114	1,000
Santiago de Compostela-Ferrol	-18,333	16,570	-1,106	,269	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-22,105	11,667	-1,895	,058	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-38,333	12,994	-2,950	,003	,067
Lugo-Pontevedra	7,358	12,602	,584	,559	1,000
Lugo-A Coruña	16,923	11,330	1,494	,135	1,000
Lugo-Ferrol	16,923	16,381	1,033	,302	1,000
Lugo-Vigo	20,695	11,398	1,816	,069	1,000
Lugo-Ourense	-36,923	12,753	-2,895	,004	,080
Pontevedra-A Coruña	9,565	11,751	,814	,416	1,000
Pontevedra-Ferrol	9,565	16,675	,574	,566	1,000
Pontevedra-Vigo	-13,337	11,817	-1,129	,259	1,000
Pontevedra-Ourense	-29,565	13,128	-2,252	,024	,511
A Coruña-Ferrol	,000	15,736	,000	1,000	1,000
A Coruña-Vigo	-3,771	10,450	-,361	,718	1,000
A Coruña-Ourense	-20,000	11,913	-1,679	,093	1,000
Ferrol-Vigo	-3,771	15,785	-,239	,811	1,000
Ferrol-Ourense	-20,000	16,790	-1,191	,234	1,000
Vigo-Ourense	-16,229	11,978	-1,355	,175	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 45) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

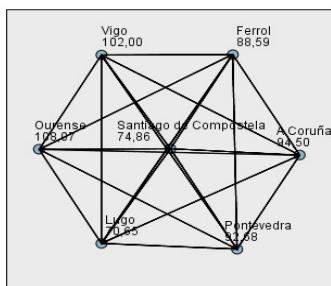
- Ourense (72,7%) y Lugo (30,8%); $p=0,004$.
- Ourense (72,7%) y Pontevedra (39,1%); $p=0,025$.
- Ourense (72,7%) y Santiago de Compostela (29,2%); $p=0,004$.

Tabla 45. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Comunicación franca”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Comunicación franca” es la misma entre las UDMFYC de Ourense y Lugo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,004	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Comunicación franca” es la misma entre las UDMFYC de Ourense y Pontevedra	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,025	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Comunicación franca” es la misma entre las UDMFYC Ourense y Sanatiago	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,004	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 87. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC.
Variable dependiente: Seguimiento a la atención a los pacientes.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Lugo-Santiago de Compostela	4,203	12,180	,345	,730	1,000
Lugo-Ferrol	17,937	16,086	1,115	,265	1,000
Lugo-Pontevedra	22,028	12,955	1,700	,089	1,000
Lugo-A Coruña	23,846	11,510	2,072	,038	,804
Lugo-Vigo	31,346	11,510	2,723	,006	,136
Lugo-Ourense	-37,418	13,121	-2,852	,004	,091
Santiago de Compostela-Ferrol	-13,734	15,914	-,863	,388	1,000
Santiago de Compostela-Pontevedra	-17,825	12,742	-1,399	,162	1,000
Santiago de Compostela-A Coruña	19,643	11,269	1,743	,081	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-27,143	11,269	-2,409	,016	,336
Santiago de Compostela-Ourense	-33,214	12,910	-2,573	,010	,212
Ferrol-Pontevedra	-4,091	16,515	-,248	,804	1,000
Ferrol-A Coruña	5,909	15,407	,384	,701	1,000
Ferrol-Vigo	-13,409	15,407	-,870	,384	1,000
Ferrol-Ourense	-19,481	16,645	-1,170	,242	1,000
Pontevedra-A Coruña	1,818	12,103	,150	,881	1,000
Pontevedra-Vigo	-9,318	12,103	-,770	,441	1,000
Pontevedra-Ourense	-15,390	13,644	-1,128	,259	1,000
A Coruña-Vigo	-7,500	10,541	-,711	,477	1,000
A Coruña-Ourense	-13,571	12,280	-1,105	,269	1,000
Vigo-Ourense	-6,071	12,280	-,494	,621	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
 Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Al no mostrar la corrección de Dunn-Bonferroni las diferencias estadísticamente significativas entre ningún grupo (a pesar de que la prueba de Kruskal-Wallis indique que sí existen) se aplicó la prueba de Mann-Whitney (tabla 46) y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes grupos:

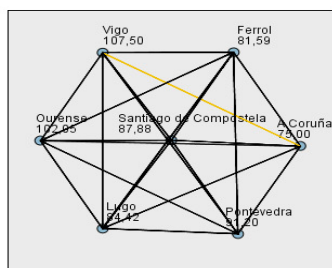
- Coruña (61,1%) y Lugo (34,6%); $p=0,041$.
- Vigo (69,4%) y Lugo (34,6%); $p=0,007$.
- Ourense (76,2%) y Lugo (34,6%); $p=0,005$.
- Ourense (76,2%) y Santiago de Compostela (39,3%); $p=0,011$.

Tabla 46. Resultados de la prueba de Mann-Whitney: distribución de “Seguimiento a la atención a los pacientes”.

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de “Seguimiento a la atención a los pacientes” es la misma entre las UDMFYC de Coruña y Lugo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,041	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de “Seguimiento a la atención a los pacientes” es la misma entre las UDMFYC de Vigo y Lugo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,007	Rechace la hipótesis nula.
3	La distribución de “Seguimiento a la atención a los pacientes” es la misma entre las UDMFYC Ourense y Lugo	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,005	Rechace la hipótesis nula.
4	La distribución de “Seguimiento a la atención a los pacientes” es la misma entre las UDMFYC Ourense y Santiago	U de Mann-Whitney para muestras independientes	,011	Rechace la hipótesis nula.

Gráfico 88. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Aprendizaje organizacional.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



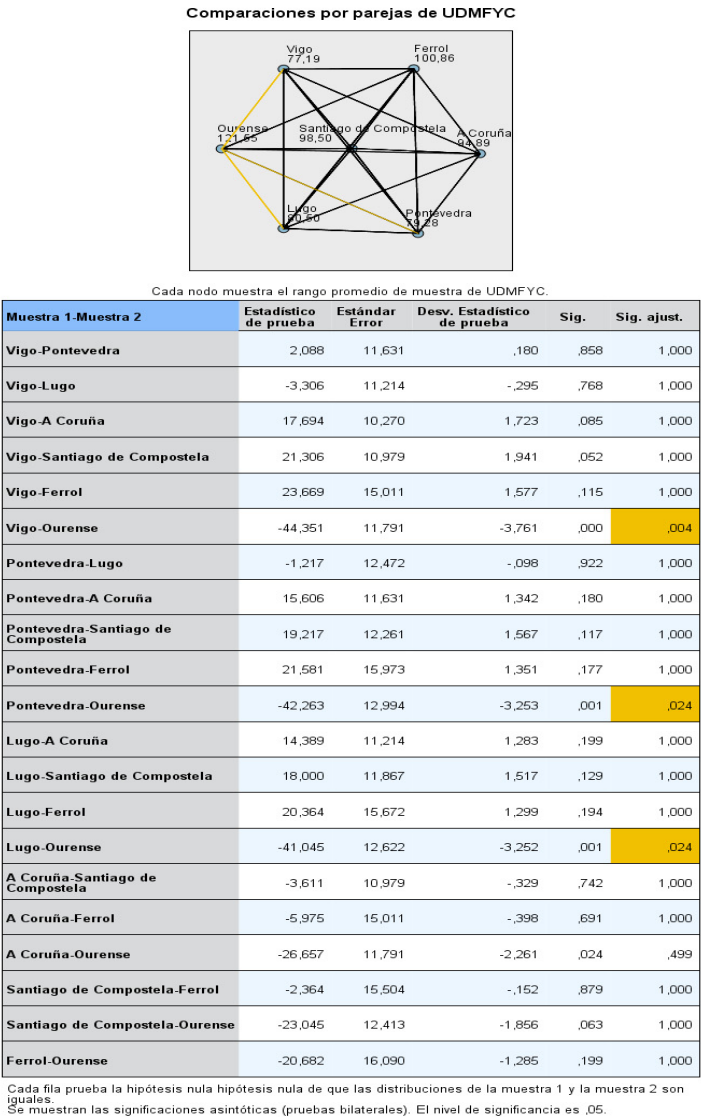
Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
A Coruña-Ferrol	-6,591	14,883	-,443	,658	1,000
A Coruña-Lugo	-9,423	11,119	-,847	,397	1,000
A Coruña-Santiago de Compostela	-12,885	11,119	-1,159	,247	1,000
A Coruña-Pontevedra	-16,196	11,532	-1,404	,160	1,000
A Coruña-Ourense	-27,045	11,691	-2,313	,021	,435
A Coruña-Vigo	-32,500	10,183	-3,192	,001	,030
Ferrol-Lugo	-2,832	15,539	-,182	,855	1,000
Ferrol-Santiago de Compostela	6,294	15,539	,405	,685	1,000
Ferrol-Pontevedra	-9,605	15,837	-,606	,544	1,000
Ferrol-Ourense	-20,455	15,953	-1,282	,200	1,000
Ferrol-Vigo	-25,909	14,883	-1,741	,082	1,000
Lugo-Santiago de Compostela	3,462	11,982	,289	,773	1,000
Lugo-Pontevedra	6,773	12,366	,548	,584	1,000
Lugo-Ourense	-17,622	12,515	-1,408	,159	1,000
Lugo-Vigo	23,077	11,119	2,075	,038	,797
Santiago de Compostela-Pontevedra	-3,311	12,366	-,268	,789	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-14,161	12,515	-1,132	,258	1,000
Santiago de Compostela-Vigo	-19,615	11,119	-1,764	,078	1,000
Pontevedra-Ourense	-10,850	12,883	-,842	,400	1,000
Pontevedra-Vigo	-16,304	11,532	-1,414	,157	1,000
Ourense-Vigo	5,455	11,691	,467	,641	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre Vigo (83,3%) y Coruña (47,2%); $p=0.019$.

Gráfico 89. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Puntuaciones globales sobre la calidad.

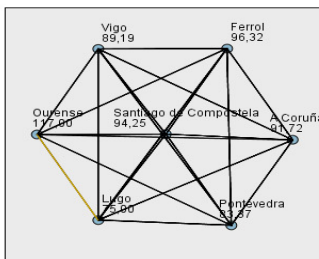


Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre:

- Ourense (68,2%) y Vigo (19,4%); $p=0,004$.
- Ourense (68,2%) y Pontevedra (21,7%); $p=0,024$.
- Ourense (68,2%) y Lugo (23,1%); $p=0,024$.

Gráfico 90. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal-Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Puntuaciones globales en seguridad del paciente.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

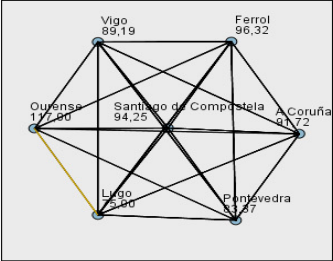
Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Lugo-Pontevedra	8,370	10,817	,774	,439	1,000
Lugo-Vigo	14,194	9,725	1,460	,144	1,000
Lugo-A Coruña	16,722	9,725	1,719	,086	1,000
Lugo-Santiago de Compostela	19,250	10,291	1,871	,061	1,000
Lugo-Ferrol	21,318	13,591	1,569	,117	1,000
Lugo-Ourense	-42,000	10,946	-3,837	,000	,003
Pontevedra-Vigo	-5,825	10,087	-,577	,564	1,000
Pontevedra-A Coruña	8,353	10,087	,828	,408	1,000
Pontevedra-Santiago de Compostela	10,880	10,634	1,023	,306	1,000
Pontevedra-Ferrol	12,949	13,852	,935	,350	1,000
Pontevedra-Ourense	-33,630	11,269	-2,984	,003	,060
Vigo-A Coruña	2,528	8,906	,284	,777	1,000
Vigo-Santiago de Compostela	5,056	9,521	,531	,595	1,000
Vigo-Ferrol	7,124	13,018	,547	,584	1,000
Vigo-Ourense	-27,806	10,226	-2,719	,007	,137
A Coruña-Santiago de Compostela	-2,528	9,521	-,265	,791	1,000
A Coruña-Ferrol	-4,596	13,018	-,353	,724	1,000
A Coruña-Ourense	-25,278	10,226	-2,472	,013	,282
Santiago de Compostela-Ferrol	-2,068	13,446	-,154	,878	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-22,750	10,766	-2,113	,035	,726
Ferrol-Ourense	-20,682	13,954	-1,482	,138	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre Ourense (50%) y Lugo (3,8%); $p=0.009$.

Gráfico 91. Percepción claramente positiva. Prueba de Kruskal- Wallis. Corrección de Dunn-Bonferroni. Variable independiente: UDMFYC. Variable dependiente: Puntuaciones ISSP.

Comparaciones por parejas de UDMFYC



Cada nodo muestra el rango promedio de muestra de UDMFYC.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
Lugo-Pontevedra	8,370	10,817	,774	,439	1,000
Lugo-Vigo	14,194	9,725	1,460	,144	1,000
Lugo-A Coruña	16,722	9,725	1,719	,086	1,000
Lugo-Santiago de Compostela	19,250	10,291	1,871	,061	1,000
Lugo-Ferrol	21,318	13,591	1,569	,117	1,000
Lugo-Ourense	-42,000	10,946	-3,837	,000	,003
Pontevedra-Vigo	-5,825	10,087	-,577	,564	1,000
Pontevedra-A Coruña	8,353	10,087	,828	,408	1,000
Pontevedra-Santiago de Compostela	10,880	10,634	1,023	,306	1,000
Pontevedra-Ferrol	12,949	13,852	,935	,350	1,000
Pontevedra-Ourense	-33,630	11,269	-2,984	,003	,060
Vigo-A Coruña	2,528	8,906	,284	,777	1,000
Vigo-Santiago de Compostela	5,056	9,521	,531	,595	1,000
Vigo-Ferrol	7,124	13,018	,547	,584	1,000
Vigo-Ourense	-27,806	10,226	-2,719	,007	,137
A Coruña-Santiago de Compostela	-2,528	9,521	-,265	,791	1,000
A Coruña-Ferrol	-4,596	13,018	-,353	,724	1,000
A Coruña-Ourense	-25,278	10,226	-2,472	,013	,282
Santiago de Compostela-Ferrol	-2,068	13,446	-,154	,878	1,000
Santiago de Compostela-Ourense	-22,750	10,766	-2,113	,035	,726
Ferrol-Ourense	-20,682	13,954	-1,482	,138	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales.
Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre Ourense (50%) y Lugo (3,8%); $p=0.003$

5. Discusión.

Este es el primer trabajo que se realiza en Galicia con el objetivo de establecer la situación de la CSP entre médicos residentes en MFyC. Aunque el MSSSI realizó una evaluación de la CSP en AP en 2014, en la misma no se incluyó ningún centro de nuestra Comunidad.

5.1. Características de los participantes y consistencia interna del cuestionario.

Hay que señalar que la muestra de médicos residentes ($n=182$) de nuestra casuística es mayor que la incluida en el referido estudio nacional (que fue el 1,8% de los 7.635 profesionales de AP que respondieron a la encuesta del Ministerio: aproximadamente $n=138$). En el trabajo del Ministerio no se realizó ningún de tipo de subestudio referido a los médicos residentes, por lo que no existe ningún dato de ámbito nacional sobre la CSP específico de este colectivo.

Con respecto a las características demográficas de los profesionales de nuestra serie, se observa en la distribución por sexos un porcentaje de mujeres (84,6%) muy superior al que presenta el colectivo global de médicos internos residentes de todas las especialidades, tanto en Galicia (con un porcentaje del 68,9% de residentes mujeres), como a nivel estatal (con un 66,4%; datos de abril de 2017)²⁴². Esta presencia mayoritaria femenina es una situación ya conocida y que ha ido aumentando de manera progresiva en las últimas décadas²⁴³. En la actualidad, en España, cerca del 75% de los trabajadores sanitarios son mujeres, mientras que en la población activa este porcentaje no alcanza el 40%²⁴⁴. Por los datos obtenidos no podremos saber si la distribución

por sexos reflejada es la que corresponde al colectivo del estudio o si existe un sesgo de selección a favor de las mujeres.

En cuanto a las dimensiones de los cupos de pacientes, los datos aportados por los encuestados indican que todos los cupos a los que estaban asignados los médicos oscilaban entre un mínimo de 1.000 y un máximo de 2.000 pacientes. Esta situación es similar a la realidad de la AP, ya que a nivel nacional más del 80% de los cupos tienen un volumen de pacientes que oscila entre las anteriores cifras, como indica la Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria, realizada en España en 2015 por la Organización Médica Colegial²⁴⁵. La ausencia en la muestra de cupos inferiores a 1.000 se justifica por tener los centros de salud con actividad docente posgrado de MFyC una distribución urbana o semiurbana que, por regla general, se corresponde con cupos de mayor dimensión que los rurales²⁴⁶. Por otra parte, la administración sanitaria ha actuado con medidas para evitar que los cupos sobrepasen los 2.000 pacientes²⁴⁷, ya que tanto las sociedades científicas, como los requisitos de acreditación docente de los centros de AP²⁴⁸, así como las organizaciones colegiales y sindicales²⁴⁹, consideran óptimo un tamaño de alrededor de 1.500²⁵⁰.

La consistencia interna del cuestionario fue evaluada mediante el cálculo de los coeficientes alfa de Cronbach de las distintas dimensiones. Estos se situaron entre de 0,72 a 0,86. En la literatura consultada se acepta metodológicamente que valores del alfa superiores a 0,7 son suficientes para garantizar la fiabilidad de una escala²⁵¹. Es destacable que son las dimensiones incorporadas a la versión española del MOSPSC (y ausentes en la versión original de la AHRQ)

las que obtienen unos valores del coeficiente alfa de Cronbach más bajos (entre 0,72 y 0,74).

5.2. Valoración de las respuestas mediante la metodología AHRQ.

La metodología propuesta por la AHRQ (que considera “área fuerte” cuando una dimensión sobrepasa el 75% de respuestas positivas y “área débil” o con potencial de mejora cuando no se llega al 50% de respuestas positivas) para el análisis de los resultados de la encuesta sobre clima de seguridad, permite identificar qué ítems y dimensiones pueden ser considerados como fortalezas del colectivo o centro sanitario, según el nivel al que se analicen los resultados, y también señalar qué ítems y dimensiones habrían de ser considerados como debilidades u oportunidades de mejora a priorizar para una posible intervención.

Al aplicar la referida metodología AHRQ, los resultados nos indican que solo dos de las doce dimensiones pueden considerarse “áreas fuertes” al superar un % de respuestas positivas $\geq 75\%$: estas fueron “Aprendizaje organizacional” y “Trabajo en equipo” (con 79% y 75% de respuestas positivas respectivamente). En el estudio realizado por la AHRQ con personal sanitario y administrativo en 2016, en consultorios médicos no hospitalarios de los EEUU, las fortalezas encontradas fueron “Trabajo en equipo”, pero con un valor significativamente más alto que los resultados de nuestro estudio (87% vs. 75%) y “Seguimiento de la atención a los pacientes” (86%). La dimensión “Ritmo y carga de trabajo” también volvió a ser la peor valorada. En este caso con un 50% de respuestas positivas. Hay que indicar que en este estudio americano se incluyeron, no solo a médicos de familia, sino también, y de manera mayoritaria, a médicos de otras especialidades que realizaban consultas en centros sin hospitalización.

En un trabajo realizado en Aragón²⁵² con médicos residentes de MFyC, ninguna de las dimensiones pudo considerarse fortaleza, ya que no se alcanzó una media superior al 75% de respuestas positivas. En este estudio aragonés las puntuaciones mayores correspondieron a las dimensiones “Seguimiento de la atención a los pacientes” (71%) y, al igual que en nuestra serie, a la dimensión “Trabajo en equipo”, pero con un valor inferior (70%).

En cuanto a las debilidades de los residentes de Galicia, las dimensiones “Aspectos relacionados con la SP y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Ritmo y carga de trabajo” no llegaron al 50% de respuestas positivas (44%, 40% y 31%, respectivamente), por lo que se consideraron “áreas débiles” con potencial de mejora. En el estudio realizado por la AHRQ, “Ritmo y carga de trabajo” fue la que obtuvo los peores resultados (con un 50%). En el estudio de la Comunidad de Aragón las dimensiones que no alcanzaron el 50% de respuestas positivas fueron “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” (47%) y “Ritmo y carga de trabajo”, que también obtuvo un 31% como en el caso de Galicia.

La encuesta empleada en un estudio realizado en 2013 sobre la CSP en 52 médicos residentes de MFyC, en un servicio de urgencias de carácter hospitalario²⁵³, fue la versión validada por la AHRQ para las instituciones hospitalarias (HSPSC) y, por lo tanto, con ítems distintos a la MOSPSC. Los resultados en urgencias fueron peores que los obtenidos en el ámbito de AP. En este estudio, la dimensión mejor valorada hace referencia al “Trabajo en equipo dentro del servicio” con una tasa de respuestas positivas del 64,7%. Ninguna otra de las dimensiones valoradas alcanzó un porcentaje de

respuestas positivas del 50%. La peor calificada fue "Dotación de personal" con solo un porcentaje del 15,9% de respuestas con una opinión positiva. Con una alta proporción de respuestas negativas encontramos también las dimensiones "Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente" (54,9% de respuestas negativas), "Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios" y "Trabajo en equipo entre servicios", con un 46% y un 40,9%, respectivamente. La dimensión "Percepción de seguridad" también contó con una tasa de respuestas negativas del 40,9%. Los autores de este estudio indicaron que entre los residentes encuestados destacaba el desconocimiento de las vías para notificar eventos adversos, así como una deficiencia formativa en cultura de seguridad.

Como se puede observar, en nuestro estudio y en los revisados, la dimensión que presenta mayores problemas de valoración es la referida a las condiciones de ritmo y carga asistencial. A pesar de que es la dimensión peor valorada también por los profesionales norteamericanos, obtiene una puntuación 19 puntos porcentuales superior a los resultados obtenidos en España por los médicos residentes.

5.3. Cultura de seguridad del paciente según la valoración media de cada variable.

5.3.1. Resultados globales y por dimensiones.

La puntuación global de la CSP fue medida mediante el valor de la dimensión "Puntuación global en seguridad del paciente", que obtuvo un valor medio de 3,28. Este valor es discretamente superior al obtenido por los profesionales en el estudio realizado en el ámbito de la AP del SNS por el MSSSI, ya que en ese caso el valor medio fue de 3,25.

Tanto en nuestro estudio como en el nacional la “Puntuación global en seguridad del paciente” tuvo un valor menor que el resto de las dimensiones de CSP, a excepción de la dimensión de “Ritmo y carga de trabajo”.

La dimensión que presentó mayor puntuación media fue “Trabajo en equipo” con 3,92. Otras dimensiones que obtuvieron puntuaciones cercanas a cuatro fueron: “Seguimiento de la atención a los pacientes” con una media de 3,88; “Comunicación sobre el error” con 3,84; “Aprendizaje organizacional” 3,83 y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios” con 3,81.

La dimensión “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” obtuvo una puntuación de 3,56; que es similar a la alcanzada en la encuesta del MSSSI (3,57).

La dimensión peor valorada fue “Ritmo y carga de trabajo” que, con una media de 2,62, fue la única que se situó por debajo de la puntuación neutra de 3. Esta situación es similar a la descrita en el referido estudio nacional, en los resultados publicados por la AHRQ en los EEUU en 2012²⁵⁴ y 2016²⁵⁵ y en un estudio realizado en Escocia publicado por Wet *et al.* en 2012²⁵⁶.

5.3.2. Resultados según las características de los participantes.

5.3.2.1. Diferencias según el sexo.

El análisis desagregado por sexos demostró un patrón de resultados semejante al descrito para el total de la muestra, por lo que se repiten las dimensiones mejor y peor valoradas. Tanto las mujeres como los varones otorgaron puntuaciones medias superiores a 3 en todas las dimensiones, excepto en la de “Ritmo y carga de trabajo”.

Las mujeres obtuvieron puntuaciones medias más altas en las siguientes dimensiones: “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la

calidad”, “Ritmo y carga de trabajo”, “Formación del personal no sanitario”, “Formación del personal sanitario”, “Procedimientos establecidos en el centro”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios”, “Comunicación franca”, “Comunicación sobre el error”, “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”, “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente”, “Aprendizaje organizacional”, “Puntuaciones globales sobre la calidad”, “Puntuaciones globales en seguridad del paciente” e “Índice sintético”. Hay que indicar que, a pesar de que las mujeres obtuvieron de manera mayoritaria puntuaciones más altas, solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo femenino en el valor medio de la dimensión “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios”.

En el estudio realizado por el MSSSI también se constata que las mujeres otorgan una puntuación mayor en casi todas las dimensiones, pero en la muestra nacional se alcanzan diferencias estadísticamente significativas en 10 de las 15 dimensiones valoradas, y no en una como ocurre en Galicia. En el estudio realizado en Aragón se encontraron 3 dimensiones con diferencias significativas a favor del grupo femenino (“Formación del personal”, “Comunicación franca” y “Comunicación sobre el error”).

En cuanto a los porcentajes de “percepción positiva” y “percepción claramente positiva”, éstos fueron globalmente similares entre el grupo de mujeres y el de hombres. No ocurre lo mismo en el estudio nacional, donde hay una mayor frecuencia de mujeres con una “percepción positiva” y “claramente positiva” que de varones, siendo, ambas diferencias, estadísticamente significativas.

En nuestro trabajo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de “percepción positiva” y “percepción claramente positiva” en la dimensión “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios”; en ambos casos con porcentajes significativamente mayores en el grupo de las mujeres. También se hallaron diferencias estadísticamente significativas favorables al grupo de las mujeres en la frecuencia de “percepción claramente positiva” en las dimensiones “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” y “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”

Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo masculino en la “percepción positiva” de la dimensión “Aprendizaje organizacional”.

Hay estudios que indican que los cambios sociales y la incorporación de la mujer a la profesión médica han producido también modificaciones en la práctica profesional. Estos estudios, que han tratado de analizar dicho impacto, señalan, por lo general, que las médicas mantienen de forma habitual consultas más largas²⁵⁷, otorgan mayor importancia a la comunicación médico-paciente sobre la base de aspectos interpersonales y emocionales²⁵⁸, suministran mayor información y, en general, mantienen una relación más asertiva^{259, 260}. Una cuestión que se podría plantear es si estas diferencias tienen relevancia a la hora de evaluar la seguridad de los pacientes y los resultados de salud. En 2017 se publicó un interesante trabajo en la revista JAMA sobre los resultados de salud dependiendo del sexo del profesional médico. En este estudio se aplicó metodología *Real World Data*, que permitió analizar más de 1,5 millones

de hospitalizaciones en el área médica y comprobar el número de reingresos y la mortalidad en los 30 días posteriores al alta médica.

El estudio reveló que los pacientes atendidos por mujeres, presentaron menor mortalidad y menor tasa de reingresos que aquellos que fueron atendidos por hombres en los mismos hospitales ²⁶¹. Los autores concluyeron que probablemente las diferentes formas de afrontar los problemas entre hombres y mujeres puede jugar un rol en una asistencia diferente y en los mejores resultados clínicos que ellas obtuvieron. Posiblemente estas diferencias en la práctica clínica asistencial encontradas entre sexos se puedan extrapolar a la percepción de la CSP, como queda patente en los resultados de nuestra encuesta.

5.3.2.2. Diferencias según el grupo etario.

Los residentes más jóvenes obtuvieron una puntuación mayor en el ISSP: en primer lugar los menores de 25 años, con 3,80 y después los de 26 a 28 años, con 3,64; encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de menores de 25 y el de peor puntuación, que resultó ser el de mayor edad (mayores de 35 años), con 3,36. En 6 dimensiones los menores de 25 años obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a su favor en la comparación por pares ("Ritmo y carga de trabajo", "Formación del personal no sanitario", "Formación del personal sanitario", "Seguimiento de la atención a los pacientes", "Aprendizaje organizacional", "Puntuaciones sobre la calidad"). En 3 dimensiones el grupo de 26 a 28 años obtuvo diferencias estadísticamente significativas a su favor en la comparación por pares ("Seguimiento de la atención a los pacientes", "Comunicación sobre el error" y "Puntuaciones sobre la calidad").

Al calcular el coeficiente de correlación de Spearman de la variable edad con el índice sintético ISSP y con cada una de las dimensiones del constructo de la CSP se obtuvo que los valores de los coeficientes de correlación Rho se situaron entre 0 y 0,25; lo que indica correlación escasa o nula. Solo "Puntuaciones globales sobre la calidad" se situó entre 0,26-0,50, que se corresponde con correlación débil entre la edad y las distintas dimensiones.

En el estudio realizado en Aragón los menores de 25 años obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en 8 dimensiones ("Trabajo en equipo", "Formación del personal", "Procedimientos establecidos en el centro", "Comunicación franca", "Seguimiento de la atención a los pacientes", "Comunicación sobre el error" y "Percepciones generales sobre la SP y la calidad"). En ese caso, el grupo de edad de entre 32 y 34 años obtuvo la valoración más negativa, y los menores de 25 años la mejor valoración de todos los grupos de edad.

Una cuestión que podría plantearnos estos resultados, que indican un declive de la percepción de la SP a mayor edad de los médicos residentes, es saber si este empeoramiento se mantiene a lo largo de su vida laboral posterior. El único estudio del que podemos extraer datos que nos ayuden a encontrar una posible respuesta a esta pregunta es el realizado por el MSSSI a nivel nacional en el ámbito de AP. En este trabajo del Ministerio se dividieron a los profesionales encuestados en tres tramos etarios: menores de 41 años, de 41 a 55 y mayores de 56 años. Se constataron diferencias entre los diferentes grupos, de forma que el grupo de 41 a 55 años mostró, en general, puntuaciones peores que los otros dos (menores de 41 y mayores de 56 años). Los menores de 41 años fueron los que obtuvieron las mejores puntuaciones.

Es decir, se aprecia una cierta curva en J: hay un declive de la percepción de la SP a partir de los 41 años que después se recupera parcialmente en los mayores de 56 años. El efecto de la experiencia podría ayudarnos a explicar este fenómeno. A menudo, la práctica asistencial obliga a los profesionales a tomar decisiones realizando actuaciones que son percibidas de manera rutinaria. Esta percepción rutinaria puede provocar transgresiones o el incumplimiento de normas o procedimientos de seguridad, dando lugar a la desviación intencional, o no, de la manera en la que, supuestamente, es más apropiada realizar una actividad²⁶². Las transgresiones rutinarias ocurren cuando la habilidad, la experiencia o la categoría de un profesional le hace suponer que puede ignorar, o que no le son aplicables, las reglas generales. Por otro lado, la falta de formación, la inexperiencia, la fatiga, la sobrecarga de trabajo acompañada de guardias o turnos de trabajo prolongados y el estrés, son factores de riesgo evidentes favorecedores de la génesis de errores^{263, 264}. El pensador y escritor inglés Aldous Huxley²⁶⁵ proponía, en 1933, en su obra *Texts & Pretexts: An Anthology With Commentaries*, que la “experiencia no es lo que le sucede a una persona, sino lo que la persona hace con lo que le sucede”. Si aplicamos la cita de Huxley a la experiencia profesional en la práctica de la medicina, podríamos pensar que posiblemente en los médicos jóvenes se va degradando con la actividad diaria su percepción de la CSP, esto da lugar a la aparición de errores y ante la experiencia de los errores se actúa de manera reactiva con mayor precaución, lo que provoca un repunte posterior de la CSP. Esto explicaría la curva en J que aparece en el estudio nacional sobre la CSP en la AP.

5.3.2.3. Diferencias según el año de residencia.

Al analizar de manera desagregada los datos por año de residencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, excepto en el caso de “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales”.

La puntuación más alta del ISSP correspondió a los R1, con un valor medio de 3,84 (IC95%: 3,69-3,98).

En 10 de las dimensiones se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la comparación por pares a favor de los R2. Son las siguientes:

- “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad”.
- “Trabajo en equipo”.
- “Procedimientos establecidos en el centro”.
- “Comunicación franca”.
- “Comunicación sobre el error”.
- “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”.
- “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente”.
- “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”.
- “Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)”
- “ISSP

En el caso de los R1 se encontró en la comparación por pares que en 15 de las dimensiones había las diferencias estadísticamente significativas a su favor. En este caso son las dimensiones:

- “Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad”.
- “Trabajo en equipo”.
- “Ritmo y carga de trabajo”.

- “Formación del personal no sanitario”.
- “Formación del personal sanitario”.
- “Procedimientos establecidos en el centro”.
- “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios”.
- “Comunicación franca”.
- “Seguimiento de la atención a los pacientes”.
- “Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios”.
- “Aprendizaje organizacional”.
- “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad”.
- “Puntuaciones globales sobre la calidad”.
- “Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)”.
- “ISSP”.

Sólo se ha encontrado en el estudio realizado en Aragón un análisis desagregado por año de residencia de la percepción de la CSP. El número de dimensiones en los que la puntuación es más alta en nuestro estudio es marcadamente superior al encontrado en Aragón, puesto que en este trabajo se hallaron diferencias significativas solo en 4 dimensiones del cuestionario, en las que los residentes de primer año tuvieron mejores respuestas.

Es destacable que, en un número importante de dimensiones de la SP, los residentes de primer año obtuvieron mejores puntuaciones que el resto y que las peores correspondieron a los residentes en el último año. Con respecto a este punto, es conocido que a los residentes, en su formación práctica, se les va inculcando de manera progresiva la importancia de ser resolutivos en el trabajo asistencial, pero no deja de ser paradójico que a medida que implementan su capacidad resolutiva, empeora su percepción de la SP.

Hay una serie de factores que podrían explicar este declive de la percepción de la SP a medida que progresan los años de residencia:

1. La formación práctica en medicina siempre ha convivido con el problema que genera el imperativo de ofrecer la mejor asistencia posible a los pacientes y la necesidad de proporcionar experiencia a los profesionales nóveles. Por otra parte, los médicos residentes están sometidos a un importante estrés laboral. Además de los estresores comunes, tienen el compromiso de cumplir las exigencias académicas que les impone el programa de la especialidad. Los programas de residencia tratan de atenuar estos problemas mediante la supervisión y la progresiva asunción de responsabilidades. Ahora bien, es frecuente que esta asunción de responsabilidades se realice de manera más abrupta de lo deseable y muchos residentes de primer y segundo pasan, con escasos estadios intermedios, de estar tutorizados de manera sobreprotectora a tener responsabilidades asistenciales avanzadas con escasa supervisión en los últimos años de residencia, lo que genera situaciones de estrés y desgaste laboral asociados a una percepción pobre de la SP ²⁶⁶. Una de las características de los médicos insatisfechos o desgastados laboralmente es que tienden a prestar una atención médica limitada y distante ²⁶⁷, lo cual constituye una situación de riesgo de cometer errores médicos. Este hecho ya se demostró en el estudio pionero de Firth-Cozens y Morrison. En este trabajo los médicos residentes que presentaron unos niveles elevados de estrés de forma crónica reconocieron haber cometido errores clínicos en mayor grado que los que no estaban estresados (el 23% frente al 7%), confirmando la hipótesis inicial de que el estrés induce a la comisión de errores ²⁶⁸.

2. El manejo de la incertidumbre: A pesar de que en el campo de las ciencias de la salud, emergió a principios de los años noventa del siglo XX una tendencia sanitaria que tiene su base en la objetividad científica, la denominada Medicina basada en la Evidencia^{269, 270} (que pretende aminorar el vacío existente entre la teoría racionalmente demostrada y la práctica clínica intuitiva²⁷¹), lo cierto es que la incertidumbre es consustancial a la práctica clínica, siendo imposible decidir con certeza absoluta por mucho que se controlen las condiciones pasadas y presentes. El profesor Eddy^{272, 273}, cirujano americano especialista en cardiología torácica y doctor en Matemáticas, y Sir Douglas Black, antiguo presidente del *Royal College of Physicians of London*, indican que solo alrededor del 15% de las intervenciones médicas se sustentan en evidencias científicas sólidas, el resto, es decir, el 85%, no. En el campo de la atención primaria, un estudio publicado en JAMA, en 2014, se encontró que los médicos de familia presentan una duda cada dos pacientes, buscan respuestas a la mitad de estas y suelen encontrar las respuestas en un 80% de los casos. En conjunto, solo se responden el 40% de las preguntas que se realizan. Además, los clínicos se quejan de la falta de tiempo para buscar respuestas²⁷⁴. Cuando las preguntas clínicas no se responden según evidencias, se promueve una gran variabilidad en las decisiones, con su impacto en la utilización de recursos y en los resultados. Esto condiciona la aparición de errores de seguridad y errores diagnósticos.

Durante el cuarto año de formación es cuando los residentes están más en las consultas de AP. En este año es cuando perciben claramente la diferencia entre el manejo de la incertidumbre clínica en un medio tecnificado como es el hospitalario y la realidad de la AP, que se caracteriza por la carencia de medios

crónica y con problemas de carga y gestión de la asistencia. En AP los profesionales son consultados por múltiples motivos, manejan situaciones en estados iniciales de las enfermedades, con manifestaciones poco definidas donde no siempre es posible llegar a un diagnóstico. Estas situaciones pueden provocar en el médico residente un incremento de la incertidumbre y peor percepción de la SP. Los médicos residentes deberían aprender a saber cuidar a pesar de la incertidumbre, reconocer que la ignorancia es algo fundamental en la práctica médica y que el intervencionismo sanitario fomenta la iatrogenia, al no tener en cuenta que no hay intervención médica absolutamente exenta de potenciales consecuencias indeseables. Antes de tomar cualquier decisión médica, se deben sopesar las ventajas y los inconvenientes de cada intervención. Esta actitud nos remite a una ética de la incertidumbre y de la ignorancia²⁷⁵, que convendría fomentar. Gervás y Serrano indican que ante la incertidumbre, desde el punto de vista del paciente, es imprescindible que el médico comparta su ignorancia, y la ignorancia de la ciencia al respecto. El paciente precisa una apreciación que le tranquilice, pero la tranquilidad no equivale de ninguna forma a falsa seguridad, a mentir al paciente. Se tranquiliza al paciente con un curso de acción prudente, que incluye compartir la ignorancia, dar tiempo al tiempo y a la “espera expectante”²⁷⁶.

3. Los conocimientos adquiridos en la formación pregrado sobre SP pueden difuminarse de manera progresiva por falta de refuerzos a medida que los residentes van adquiriendo habilidades y responsabilidades clínicas y probablemente por una inadecuada priorización de la capacidad resolutive en situaciones de presión asistencial generadoras de desgaste laboral. En la región de Murcia se realizó un estudio con diseño descriptivo, analítico y

transversal, en el que participaron 5 promociones de residentes de MFyC. Se solicitaba al residente que describiera el último error clínico que había cometido y del que era consciente. Se recogieron 165 encuestas cumplimentadas, de las que 132 (80%) fueron válidas porque relataban el último error que habían cometido, el 20% restante no reconoció haber cometido errores o no contestaron a esa solicitud. De las 132 encuestas válidas se obtuvieron 155 causas de error que se agruparon en cinco grandes grupos: 37.4% relacionadas con el diagnóstico; 33.5% con el tratamiento; 13.5% con los cuidados; 9.6% con la comunicación asistencial (siendo la principal la mala comunicación médico-paciente en el 60% de los casos) y 5.8% con la gestión administrativa y los sistemas de información. Los médicos residentes manifestaron que el 48.5% de los errores se habían producido en las guardias y en el triaje o consulta de filtro de las urgencias hospitalarias²⁷⁷.

Estas tres situaciones no son las ideales y van claramente en detrimento de la CSP en la formación de los médicos residentes de MFyC.

5.3.2.4. Diferencias según el tamaño de cupo de pacientes.

No se encontraron diferencias significativas en las dimensiones según el tamaño del cupo de pacientes al que estaban adscritos los residentes. En el estudio del MSSSI los profesionales que tenían un cupo menor de 1.000 pacientes presentaban una mayor puntuación en el ISSP. En nuestro estudio, como ya se comentó previamente, todos los cupos estaban entre 1.000 y 2.000 pacientes, por lo que posiblemente, al no haber en la muestra cupos pequeños no se pudieron hallar diferencias estadísticamente significativas.

5.3.2.5. Diferencias según la Unidad Docente.

Se encontraron diferencias significativas en las dimensiones según la UDMFyC a la que estaban adscritos los residentes en las puntuaciones medias del valor de la dimensión “Trabajo en equipo” a favor de las UDMFyC de Ourense y Vigo, siendo Ourense la que obtuvo el valor medio más alto (4,39), seguido por el valor medio de Vigo (4,03).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” a favor de Vigo (3,86) frente a Santiago de Compostela (3,36).

En el porcentaje de médicos residentes con “percepción positiva” en la dimensión “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios” se hallaron diferencias a favor de la UDMFyC de Vigo (86,1%) frente a Lugo (53,8%) y Santiago de Compostela (57,1%). Situación que también ocurre entre la UDMFyC de Ourense (81,8%) y Lugo (53,8%)

Se estableció que existían diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de médicos residentes con “percepción positiva” en la dimensión “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” entre la UDMFyC de Vigo (94,4%) y las UDMFyC de Lugo (53,8%) y Santiago de Compostela (57,7%). En relación a la dimensión “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre Ourense (90,9%) y Coruña (66,7%); Vigo (94,4%) y Coruña (66,7%); Vigo (94,4%) y Pontevedra (69,6%).

El hecho de que las UDMFyC que obtienen el mejor porcentaje de “percepción positiva” en “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” son las que tienen mejores porcentajes en “Procedimientos

establecidos en el centro. Profesionales sanitarios” y “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente” sugiere que una percepción proactiva por parte de los responsables/líderes de los centros docentes y la estandarización de los procedimientos influye de manera positiva sobre la percepción de la SP en el lugar de trabajo y/o formación.

En el estudio realizado en Aragón no se encontraron diferencias significativas entre las distintas UDMFyC en ninguna de las dimensiones evaluadas.

5.4. Propuestas para mejorar la Cultura de seguridad del paciente.

Los resultados obtenidos permiten establecer estrategias de mejora, aunque el hecho de que sea un cuestionario con un gran número de preguntas tipo Likert puede constituir un contratiempo para su utilización.

En este estudio destacan como puntos débiles las dimensiones “Aspectos relacionados con la SP y calidad”, “Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales” y “Ritmo y carga de trabajo”.

Al igual que en otros estudios, “Ritmo y carga de trabajo” recibió las peores puntuaciones, lo que nos hace pensar que es el reflejo de un problema crónico de nuestro Sistema Sanitario²⁷⁸, que requeriría acciones encaminadas a modular la presión asistencial y adecuar la planificación de recursos humanos. Otra de las áreas que muestran una debilidad es el “Intercambio de información entre los distintos dispositivos”. El pobre resultado que obtiene esta dimensión nos puede indicar que, tanto la implantación de la historia clínica electrónica única en AP y AH en Galicia desde hace 8 años, como las medidas para fomentar la interconsulta y gestión integrada de AP y AH²⁷⁹, no ha sido suficiente para mejorar la comunicación interniveles y que es necesario encontrar vías que ayuden a mejorar esta carencia crónica. No hay que olvidar

que muchos de los errores médicos, y especialmente los relacionados con la medicación, ocurren en las denominadas “zonas de transferencia” de pacientes entre los distintos niveles asistenciales (AP y AH) y entre los distintos dispositivos y centros asistenciales (centros de salud, servicios de Urgencias y centros de hospitalización)²⁸⁰.

Mejorar la comunicación tanto entre profesionales, como entre profesionales y pacientes puede ayudar a prevenir incidentes y errores. Este área, dentro de la comunicación, es la que más debería beneficiarse de posibles mejoras con la utilización de la tecnología de la información compartida por los distintos niveles y dispositivos asistenciales. Sería deseable que el liderazgo de estas mejoras no recayese exclusivamente sobre los servicios informáticos, sino que también debería estar implicado el personal asistencial y los propios pacientes. El hecho de que entre el 9 y el 12% de los ingresos hospitalarios puedan deberse a EAs prevenibles en AP, apoya la idea de que las actividades de tipo preventivo o de detección precoz podrían disminuir las consecuencias más graves. En relación con lo anterior, existe ya un proyecto en marcha, en AP de Galicia²⁸¹, basado en la tecnología de la información y en la colaboración entre personal asistencial, servicios informáticos y los propios pacientes y/o sus cuidadores. Se trata de una plataforma de asistencia domiciliaria integrada con los sistemas de información corporativos que facilita el acceso telemático del paciente y/o sus cuidadores a diversos servicios asistenciales y permite el control asistencial de pacientes en su domicilio.

A pesar de la ayuda en la comunicación de las nuevas tecnologías, es conocido que todo acto sanitario depende de la interacción entre personas, al menos entre dos personas, cuya relación depende de la calidad de la

comunicación y, también, de la seguridad. De hecho, Lang *et al.*, en una revisión sistemática²⁸² que incluyó 19 estudios, destaca que los factores de comunicación entre profesional y paciente (definida como aquella donde se comprenden expectativas y límites de cada uno) desempeñan un papel importante en la ocurrencia de efectos adversos y en la percepción de la gravedad. La percepción de los pacientes sobre la seguridad en AP fue más amplia de lo esperado y no se centró exclusivamente en aspectos médico-técnicos. Especialmente, los factores de comunicación desempeñaron un papel importante en la aparición y consecuencia de EAs y el grado de satisfacción de los pacientes. Es decir, si hay buena comunicación, hay menos errores, y si aparecen, son percibidos como menos graves.

De manera similar a estudios previos, “Aprendizaje organizacional” y “Trabajo en equipo” fueron las dimensiones mejor valoradas, consideradas fortalezas.

Se deberían aprovechar estas fortalezas (sobre las que se basa el trabajo diario de los centros de salud) para mejorar las dimensiones de la CSP peor situadas, especialmente si tenemos en cuenta que los médicos residentes interiorizan durante su periodo formativo actitudes, valores y comportamientos profesionales y humanísticos, aprenden observando y trabajando con otros profesionales, tienen jornadas de largas horas de trabajo, están bajo un riesgo mayor de presentar incidencia de errores y que, a medida que progresa su formación, su CSP cada vez es más frágil.

El hecho de que solo 2 de las 12 dimensiones evaluadas alcanzaran el nivel para ser consideradas una fortaleza, que 3 dimensiones sean debilidades en la CSP, que las mejores puntuaciones las obtengan los residentes de primer año y las peores los residentes de último año nos indican, posiblemente, la

necesidad de incluir durante el proceso docente conocimientos básicos entre los profesionales en formación con el objetivo de incrementar y consolidar la frágil CSP que se describe en este estudio.

La OMS sostiene que un sistema de notificación efectivo es la base de una asistencia segura²⁸³, porque permite iniciar el aprendizaje necesario para hacer los cambios organizativos oportunos. La existencia de una taxonomía común es básica en este sentido. La formación es un elemento clave en la mejora de la calidad²⁸⁴ y se considera el más importante en la mejora de la SP en AP²⁸⁵. Cada vez es mayor la evidencia de que la formación en SP mejora el conocimiento y los procesos asistenciales²⁸⁶. Por estos motivos, entre las medidas dirigidas a corregir estas áreas deficitarias se podría proponer la inclusión de la SP dentro de las habilidades y competencias propias del médico residente de MFyC, además de potenciar y favorecer el conocimiento, por parte de estos residentes, del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la SP (SiNASP) del Ministerio de Sanidad²⁸⁷, con el objeto de que se familiaricen con los sistemas de notificación de errores y favorecer una actitud crítica y de autoaprendizaje.

Asimismo, dado que la SP no es una disciplina tradicional independiente, sino que se trata de un contenido transversal, integrado en todas las áreas de Medicina, es importante que la estrategia educativa sobre SP obligue a los profesionales a reflexionar sobre su práctica, para lo que se propone la utilización de la simulación del error como método de aprendizaje. Puesto que en la práctica clínica los errores deben evitarse y tienden a ocultarse, no es posible el entrenamiento en situaciones que se originan por la ocurrencia de éstos²⁸⁸. El gran desarrollo tecnológico ha permitido, además, la irrupción de la

simulación técnica que permite recrear y construir procesos del mundo real para el aprendizaje de ciertos contenidos y competencias. Durante la simulación es posible permitir el mantenimiento del error y repetirlo todas las veces que sea necesario, de manera que el alumno conozca sus consecuencias, aprenda a reconocerlo y a tratarlo adecuadamente. Evidentemente, esto no es factible de plantear en un paciente real. El hecho de que los errores puedan estar presentes en todas las etapas de la vida profesional del personal médico, hace de las tecnologías de simulación una herramienta útil tanto en alumnos de pregrado como en procesos de educación continua y recertificación. Una ventaja adicional está en el hecho de que la simulación del error, al no traducirse en daño para el paciente, facilita su discusión y aprendizaje. Además, contribuye a respetar mejor los derechos de los pacientes que colaboran en la formación médica práctica²⁸⁹.

Los médicos residentes de MFyC son los únicos profesionales médicos que durante su periodo formativo realizan sus funciones asistenciales en el medio hospitalario, en AP y en los distintos dispositivos de urgencias. Por este carácter transversal, la evaluación de la CSP en este colectivo puede trascender a la especialidad de MFyC, ya que, de manera indirecta, nos da una visión de la situación global de la CSP en una determinada organización sanitaria integrada (hay que tener en cuenta que en la actualidad el estudio de la CSP en el medio hospitalario y en AP se realiza de manera separada), de tal modo que las recomendaciones que se realicen para mejorar la CSP en los residentes de MFyC tal vez habría que aplicarlas a otras especialidades²⁹⁰.

En definitiva, el enfoque punitivo tradicional de los errores médicos no conduce a su prevención y tiene consecuencias negativas como su ocultamiento²⁹¹ y la

medicina defensiva. Es preciso cambiar de paradigma centrando su abordaje dentro de un modelo sistémico. Esto pasa por incorporar la CS a los planes de formación de los médicos residentes, en particular²⁹², y de otras profesiones sanitarias, en general. En el caso concreto sobre el que se realizó nuestro estudio, y teniendo en cuenta que en el programa de la especialidad de MFyC la SP tiene una presencia marginal²⁹³, se considera necesario realizar la propuesta de incluir la SP entre las competencias que el médico residente de MFyC debe adquirir.

5.5. Limitaciones del estudio.

La principal limitación de este estudio posiblemente sea que su ámbito geográfico se haya restringido a una determinada comunidad autónoma. Esto podría limitar su validez externa, aunque los resultados encontrados son concordantes con el estudio realizado en Aragón con 79 médicos residentes de MFyC, pero con resultados más significativos en nuestro trabajo. Estos resultados significativos indican que el estudio llevado a cabo en las UDMFYC de la comunidad gallega sería interesante reproducirlo en otras UDMFYC del SNS. Esto posibilitaría a las distintas Unidades Docentes utilizar la encuesta MOSPSC como herramienta diagnóstica y formativa en SP durante el periodo de formación especializada.

La tasa de respuesta fue cercana al 50%. Este porcentaje podría llevarnos a considerar que supone una limitación del estudio, pero revisada la literatura la conclusión que se obtiene es que está dentro de los márgenes de lo esperado, ya que diferentes publicaciones indican que la tasa de respuesta en encuestas por e-mail oscila entre 25% y 30%, pudiéndose duplicar mediante mensajes de seguimiento²⁹⁴ (que fue lo que se realizó en este caso). Aun así,

siempre hay que considerar la existencia de un sesgo de participación, al existir la posibilidad de que hayan respondido los residentes más motivados o con más conocimientos en este tema. Si esto fuera así, la realidad podría ser más pesimista. El 58,3% de los que respondieron al cuestionario eran residentes de tercer y cuarto año. Quizás su mayor experiencia, conocimiento y adaptación a la organización sanitaria podría influir en esta mayor tasa de respuesta, aunque sus puntuaciones medias fueron peores que las obtenidas por los residentes de primer y segundo año. También es un punto destacable el hecho de que el porcentaje de mujeres que respondieron a la encuesta fue 84,6%, lo que está casi 16 puntos por encima de la representación de mujeres en el colectivo global de médicos internos residentes de todas las especialidades en Galicia. Esta situación, después de comprobar que las mujeres presentan mejores puntuaciones en la percepción de la SP, puede provocar que las puntuaciones globales alcanzadas en este estudio puedan ser discretamente más elevadas que la realidad.



6. Conclusiones.

1. La evaluación de la CSP en los médicos residentes de MFyC en Galicia ha tenido una elevada tasa de respuesta y permite disponer de una aproximación de esta cultura en este colectivo en nuestra comunidad autónoma. La evaluación de la CSP debería realizarse de manera periódica, en los centros en los que se estén implementando actividades para intentar minimizar el riesgo de errores asistenciales.
2. La CSP entre los médicos residentes de MFyC de Galicia puede considerarse en su conjunto similar a la observada en otros colectivos profesionales a nivel de AP nacional, aunque presenta claras áreas de mejora y una evolución declive a lo largo de la residencia, lo que indica fragilidad en la CSP en este colectivo.
3. Los puntos fuertes se hallan en las siguientes dimensiones: "Seguimiento de la atención a los pacientes", "Aprendizaje organizacional" y "Trabajo en equipo". Estos resultados indican que se deben presentar los temas de SP como una responsabilidad de equipo, no individual; estimular la comunicación y discusión de los errores que puedan surgir y fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre AP y AH.
4. La percepción positiva de la SP se observa en todas las dimensiones, a excepción de "Ritmo y carga de trabajo". Esta dimensión es también la peor valorada en la encuesta nacional. Estos resultados deben hacernos buscar, de manera prioritaria, la racionalidad de las dotaciones asistenciales y de los ritmos y cargas de trabajo.
5. Las mujeres presentan una percepción más positiva que los varones en todas las dimensiones del cuestionario, aunque solo de manera significativa en

la dimensión, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios”.

6. En la mayoría de las dimensiones las puntuaciones fueron significativamente más bajas entre los residentes de mayor edad y entre los residentes de 3º y 4º año. Esto hace recomendar que se incorpore la CS a los planes de formación de los médicos residentes.

7. Los porcentajes más altos de “percepción positiva” en la dimensión “Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad” se encontraron en las UDMFyC que obtuvieron mejor porcentaje de respuestas positivas en “Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente”, “Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales sanitarios” y mayor valor medio en la puntuación de “Trabajo en equipo”. Esto nos indica que se debe alcanzar una actitud más claramente proactiva hacia la SP por parte de los responsables de los centros.

7. Difusión de resultados. Publicaciones derivadas del estudio.

- Titulo: **“La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia”**

Autores: Portela Romero M, Bugarín González B, Rodríguez Calvo MS.

Publicación: Atención Primaria.

Estado: publicada <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-cultura-seguridad-del-paciente-S0212656716305613>

(Anexo 11).

- Titulo: **“Error humano, seguridad del paciente y educación médica”**

Autores: Portela Romero M, Bugarín González B, Rodríguez Calvo MS.

Publicación: Educación Médica.

Estado: aceptada por el consejo editorial para su publicación.

(Anexo 12).

- Titulo: **“Seguridad del paciente, calidad asistencial y ética de las organizaciones sanitarias”**

Autores: Portela Romero M, Bugarín González B, Rodríguez Calvo MS, Alonso Fachado A.

Publicación: Revista Bioética.

Estado: en fase de revisión.



8. Anexos.

8.1. Anexo 1: Cuestionario MOSPSC. Versión española.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA.

VERSIÓN ESPAÑOLA MODIFICADA DEL MEDICAL OFFICE SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE (MOSPSC-AHRQ).

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA ENCUESTA

- Por favor, piensa en cómo se hacen las cosas en tu centro de salud o en las guardias de PAC que realizas.
- El término profesional sanitario hace referencia a personal médico, personal de enfermería, residentes, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería, odontólogos, etc.
- El término personal no sanitario hace referencia al resto de trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales...).
- El término personal o equipo hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.
- Si alguna pregunta no te afecta o no sabes responder, por favor, marca "No sé/ No procede".

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En tu opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en tu centro de salud/consultorio en los últimos 12 meses?

1. Acceso al cuidado médico. Un paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48h.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

2. Identificación del paciente. Se accedió a la historia clínica equivocada de un paciente.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

3. Historias clínicas. No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba (incluye problemas de acceso a IANUS)

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

4. Historias clínicas. Se archivó, escaneó o se ingresó información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

5. Equipamiento médico. Algún equipamiento médico no funciona adecuadamente, precisa reparación o sustitución.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 mese
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

6. Medicamentos. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar, activar o corregir una prescripción (electrónica o en papel).

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

7. Medicamentos. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

8. Diagnósticos y pruebas complementarias. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron (incluye la no información de las radiografías por parte del Servicio de Radiología).

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No contesta

9. Diagnósticos y pruebas complementarias. Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia has tenido problemas en tu centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

1. Problemas con servicios externos (laboratorio, diagnóstico por imagen...).

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

2. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

3. Problemas con oficinas de farmacia.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

4. Problemas con el Hospital de referencia.

- ☐ Diariamente
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ Varias veces en los últimos 12 meses
- ☐ Una o dos veces en los últimos 12 meses
- ☐ No sucedió en los últimos 12 meses
- ☐ No sé/No procede

SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD

¿Cuál es tu grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

1. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo

- ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/No procede
- 2. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.**
- ☐ Muy en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/No procede
- 3. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.**
- ☐ Muy en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/no procede
- 4. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.**
- ☐ Muy en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/No procede
- 5. En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.**
- ☐ Muy en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/No procede
- 6. Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.**
- ☐ Muy en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/No procede
- 7. En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.**
- ☐ Muy en desacuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ Muy de acuerdo
 - ☐ No sé/No procede

8. Este centro está más desorganizado de lo que debiera.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

9. Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

10. Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

11. Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

12. En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

13. Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

14. Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

15. El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

16. Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

17. En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

18. Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

19. El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO.

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu Centro de Salud?

1. Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

2. En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

3. El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

4. El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

5. En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

6. En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

7. El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

8. Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

9. En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

10. Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

11. En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

12. El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

13. El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

14. El personal sanitario está dispuesto a notificar los fallos que observan en el centro.

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ La mayoría de las veces
- ☐ Siempre
- ☐ No sé/No procede

SECCIÓN E: APOYO DE LOS LÍDERES.

¿Cuál es tu grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

1. Los responsables de tu centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

2. Los responsables de tu centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

3. Los responsables de tu centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

4. Los responsables de tu centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

SECCION F: EN EL CENTRO

¿Cuál es tu grado de acuerdo con los siguientes enunciados?:

1. Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

2. Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

3. En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

4. Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

5. Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

6. En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

7. Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.

- ☐ Muy en desacuerdo
- ☐ En desacuerdo
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- ☐ De acuerdo
- ☐ Muy de acuerdo
- ☐ No sé/No procede

SECCIÓN G: PUNTUACIONES GLOBALES.

1. PUNTUACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE.

En general, ¿cómo puntuarías a tu centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

a. Centrado en el paciente. Responde a las preferencias individuales de los pacientes, a sus necesidades y valores.

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

b. Efectivo. Se basa en el conocimiento científico.

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

c. A tiempo. Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

d. Eficiente. Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

e. Equitativo. Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc.

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

2. PUNTUACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Globalmente, cómo puntúas el sistema y los procedimientos clínicos que su centro de salud ha puesto en marcha para prevenir, detectar, y corregir problemas que potencialmente pueden afectar a los pacientes:

- ☐ Pobre
- ☐ Regular
- ☐ Bueno
- ☐ Muy bueno
- ☐ Excelente

SECCIÓN H: Información general

1. ¿En qué año estás de tu formación como residente de Medicina Familiar y Comunitaria?

- ☐ Soy R1
- ☐ Soy R2
- ☐ Soy R3
- ☐ Soy R4

2. ¿A qué Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria perteneces?

- ☐ A Coruña
- ☐ Ferrol
- ☐ Lugo
- ☐ Ourense
- ☐ Pontevedra
- ☐ Santiago
- ☐ Vigo

3. Edad

4. Sexo

- ☐ Mujer
- ☐ Hombre

5. ¿Qué nº de pacientes tienes adscritos al cupo?

- ☐ <500
- ☐ 500-999
- ☐ 1000-1499
- ☐ 1500-2000
- ☐ >2000



8.2. Anexo 2: Carta de presentación.

Estimado compañero/a:

Como ya es conocido la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2002 adoptó una resolución solicitando a los países miembros prestar especial atención al problema de la seguridad de los pacientes y en octubre de 2004 creó la Alianza Mundial para la Seguridad de los pacientes¹, con el lema “first do no harm” (primero no dañar) para reducir accidentes y el riesgo de errores en los Sistemas de Salud.

La OMS definió la seguridad del paciente (SP) como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.

La primera etapa en el desarrollo de una estrategia de fomento de la SP debe ser el establecimiento y la identificación de la cultura del SP en los distintos niveles asistenciales de las organizaciones prestadoras de los cuidados de la salud, tal como indica la recomendación del Consejo de Europa² del año 2006.

La cultura de la seguridad de una organización es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamientos individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión³.

En el marco de la *Estrategia de Seguridad del Paciente*⁴ promovida por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y asumida por Galicia⁵ y el resto de Comunidades Autónomas, desde el año 2005 se han venido desarrollando diferentes estudios de investigación destinados a conocer tanto los incidentes y eventos adversos más comunes relacionados con la asistencia sanitaria, como los factores que determinan la SP.

Existen opiniones de expertos dentro del ámbito de la Atención Primaria que reclaman que la SP debe tener una consideración semejante a la de las áreas de competencias esenciales que deben adquirir los residentes de MFyC en su periodo de formación⁶.

En este sentido consideramos fundamental tu colaboración como médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria mediante la cumplimentación de este cuestionario.

Siguiendo los principios éticos de la buena investigación el estudio ha sido presentado y aprobado por el Comité de Ética da Investigación de Santiago-Lugo. La encuesta es anónima y voluntaria. Toda la información obtenida se gestionará respetando de manera rigurosa la confidencialidad.

¿Cuál es nuestro compromiso?

Cumplir las buenas prácticas en investigación, asegurando la confidencialidad y el anonimato en relación con sus respuestas.

Facilitar el acceso a la información una vez concluida la investigación tanto del informe final como de las publicaciones que puedan derivarse.

¿Qué esperamos conseguir?

Determinar la percepción que tienen los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia sobre las actividades que se desarrollan en relación a la Seguridad del Paciente.

¿En qué consistiría tu colaboración?

Lee y contesta todos los ítems del cuestionario. Sabemos que el tiempo es un bien muy escaso por eso estimamos que se realiza en menos de 10 minutos.

Se puede cumplimentar en formato electrónico o bien imprimirlo y enviarlo en formato papel.

El envío puedes hacerlo a través de las Unidades de Docencia de MFyC por email, correo interno o postal a la siguiente dirección:

A/A Manuel Portela Romero

Centro de Salud de Padrón. Paseo do Souto s/n. CP 15900. Padrón. A Coruña.

Para cualquier duda o aclaración no dudes en ponerte en contacto con nosotros en la dirección email manuel.portela.romero@sergas.es o en el teléfono interno del Sergas 273518 (A/A Manuel Portela Romero).

Te agradecemos de antemano tu colaboración y tu tiempo, y quedamos a tu entera disposición por si precisaras cualquier aclaración o información adicional.

Un cordial saludo,

¹ WHO.Alliance for patient safety. Disponible en: www.who.int/patientsafety/en/

² Recommendation Rec(2006)7. Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th Meeting of the Ministers' Deputies – Of the Council of Europe Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 2006

³ ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety (Third Report to Health and Safety Commission. ACSNI Study Group on Human Factors, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations). London: Health and Safety Commission, 1993

⁴ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf

⁵ http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf

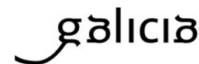
⁶ Grupo Seguridad del Paciente de la semFYC. Editorial SemFYC. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria. 2010;42(11):539–540.

8.3. Anexo 3: Dictamen del Comité de Ética.



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE
Secretaría Xeral Técnica

Secretaría Técnica
Comité Autonómico de Ética da Investigación de Galicia
Secretaría Xeral, Consellería de Sanidade
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 SANTIAGO DE COMPOSTELA
Tel: 881 546425; ceic@sergas.es



DITAME DO COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN DE SANTIAGO-LUGO

Juan Manuel Vázquez Lago, Secretario do Comité de Ética da Investigación de Santiago-Lugo

CERTIFICA:

Que este Comité avaliou na súa reunión do día 19/05/2015 o estudo:

Título: Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en médicos internos residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria de Galicia

Promotor: Manuel Portela Romero

Tipo de estudo: Outros

Versión:

Código do Promotor:

Código de Rexistro: 2015/296

E, tomando en consideración as seguintes cuestións:

- A pertinencia do estudo, tendo en conta o coñecemento dispoñible, así coma os requisitos legais aplicables, e en particular a Lei 14/2007, de investigación biomédica, o Real Decreto 1716/2011, de 18 de novembro, polo que se establecen os requisitos básicos de autorización e funcionamento dos biobancos con fins de investigación biomédica e do tratamento das mostras biolóxicas de orixe humana, e se regula o funcionamento e organización do Rexistro Nacional de Biobancos para investigación biomédica, a ORDE SAS/3470/2009, de 16 de decembro, pola que se publican as Directrices sobre estudos Posautorización de Tipo Observacional para medicamentos de uso humano, e a Circular nº 07/2004, investigacións clínicas con produtos sanitarios.
- A idoneidade do protocolo en relación cos obxectivos do estudo, xustificación dos riscos e molestias previsibles para o suxeito, así coma os beneficios esperados.
- Os principios éticos da Declaración de Helsinki vixente.
- Os Procedementos Normalizados de Traballo do Comité.

Emite un **INFORME FAVORABLE** para a realización do estudo polo/a investigador/a do centro:

Centros	Investigadores Principais
C.S. Padrón	Manuel Portela Romero

En Santiago de Compostela, a 25 de maio de 2015

O secretario

NOMBRE VAZQUEZ
LAGO JUAN MANUEL
- NIF 44829259M

Firmado digitalmente por NOMBRE VAZQUEZ
LAGO JUAN MANUEL, DN: cn=NOMBRE VAZQUEZ LAGO, o=CEIC, ou=PORT, c=ES.
Número de certificado (DN) = 45.
Fecha: 2015.05.26 11:30:52 +02'00'

Juan M. Vázquez Lago



8.4. Anexo 4: Tabla de frecuencias de las respuestas al cuestionario MOSPSC.

Acceso al cuidado médico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	8	4,4	5,5	5,5
	Semanalmente	28	15,4	19,2	24,7
	Mensualmente	22	12,1	15,1	39,7
	Varias veces en los últimos 12 meses	20	11,0	13,7	53,4
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	20	11,0	13,7	67,1
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	48	26,4	32,9	100,0
	Total	146	80,2	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	36	19,8		
Total		182	100,0		

Identificación del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	2	1,1	1,2	1,2
	Semanalmente	22	12,1	13,1	14,3
	Mensualmente	18	9,9	10,7	25,0
	Varias veces en los últimos 12 meses	22	12,1	13,1	38,1
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	52	28,6	31,0	69,0
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	52	28,6	31,0	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Historias clínicas: No estaba disponible la historia clínica de un paciente cuando se necesitaba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	10	5,5	5,7	5,7
	Semanalmente	32	17,6	18,4	24,1
	Mensualmente	36	19,8	20,7	44,8
	Varias veces en los últimos 12 meses	30	16,5	17,2	62,1
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	42	23,1	24,1	86,2
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	24	13,2	13,8	100,0
	Total	174	95,6	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	8	4,4		
Total		182	100,0		

Historias clínicas: Se archivó, escaneó o ingresó la información médica en la historia clínica que no correspondía al paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Semanalmente	4	2,2	2,7	2,7
	Mensualmente	10	5,5	6,7	9,3
	Varias veces en los últimos 12 meses	16	8,8	10,7	20,0
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	56	30,8	37,3	57,3
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	64	35,2	42,7	100,0
	Total	150	82,4	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	32	17,6		
Total		182	100,0		

Equipamiento médico: El equipo médico no funcionaba adecuadamente o necesitaba reparación o reemplazo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	16	8,8	9,4	9,4
	Semanalmente	32	17,6	18,8	28,2
	Mensualmente	30	16,5	17,6	45,9
	Varias veces en los últimos 12 meses	58	31,9	34,1	80,0
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	30	16,5	17,6	97,6
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	4	2,2	2,4	100,0
	Total	170	93,4	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	12	6,6		
Total		182	100,0		

Medicamentos: Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	2	1,1	1,2	1,2
	Semanalmente	30	16,5	17,9	19,0
	Mensualmente	40	22,0	23,8	42,9
	Varias veces en los últimos 12 meses	44	24,2	26,2	69,0
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	42	23,1	25,0	94,0
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	10	5,5	6,0	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Medicamentos: La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	10	5,5	6,1	6,1
	Semanalmente	38	20,9	23,2	29,3
	Mensualmente	20	11,0	12,2	41,5
	Varias veces en los últimos 12 meses	20	11,0	12,2	53,7
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	30	16,5	18,3	72,0
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	46	25,3	28,0	100,0
	Total	164	90,1	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	18	9,9		
Total		182	100,0		

Diagnósticos y pruebas: Los resultados de algunas pruebas del laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	28	15,4	16,5	16,5
	Semanalmente	28	15,4	16,5	32,9
	Mensualmente	60	33,0	35,3	68,2
	Varias veces en los últimos 12 meses	38	20,9	22,4	90,6
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	10	5,5	5,9	96,5
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	6	3,3	3,5	100,0
	Total	170	93,4	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	12	6,6		
Total		182	100,0		

Diagnósticos y pruebas: Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o imagen no fue supervisado en el día

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Semanalmente	2	1,1	1,4	1,4
	Mensualmente	28	15,4	19,4	20,8
	Varias veces en los últimos 12 meses	20	11,0	13,9	34,7
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	36	19,8	25,0	59,7
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	58	31,9	40,3	100,0
	Total	144	79,1	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	38	20,9		
Total		182	100,0		

Problemas con servicios externos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Semanalmente	18	9,9	11,3	11,3
	Mensualmente	48	26,4	30,0	41,3
	Varias veces en los últimos 12 meses	24	13,2	15,0	56,3
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	38	20,9	23,8	80,0
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	32	17,6	20,0	100,0
	Total	160	87,9	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	22	12,1		
Total		182	100,0		

Problemas con otras consultas médicas fuera del centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	4	2,2	2,4	2,4
	Semanalmente	30	16,5	18,1	20,5
	Mensualmente	44	24,2	26,5	47,0
	Varias veces en los últimos 12 meses	40	22,0	24,1	71,1
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	24	13,2	14,5	85,5
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	24	13,2	14,5	100,0
	Total	166	91,2	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	16	8,8		
Total		182	100,0		

Problemas con oficinas de farmacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	4	2,2	2,6	2,6
	Semanalmente	14	7,7	9,1	11,7
	Mensualmente	30	16,5	19,5	31,2
	Varias veces en los últimos 12 meses	28	15,4	18,2	49,4
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	36	19,8	23,4	72,7
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	42	23,1	27,3	100,0
	Total	154	84,6	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	28	15,4		
Total		182	100,0		

Problemas con el hospital de referencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Diariamente	4	2,2	2,7	2,7
	Semanalmente	24	13,2	16,0	18,7
	Mensualmente	34	18,7	22,7	41,3
	Varias veces en los últimos 12 meses	32	17,6	21,3	62,7
	Una o dos veces en los últimos 12 meses	28	15,4	18,7	81,3
	Ninguna vez en los últimos 12 meses	28	15,4	18,7	100,0
	Total	150	82,4	100,0	
Perdidos	No lo sé/ No procede	32	17,6		
Total		182	100,0		

Ayuda de los compañeros: Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	3,3	3,4	3,4
	En desacuerdo	24	13,2	13,5	16,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	60	33,0	33,7	50,6
	De acuerdo	62	34,1	34,8	85,4
	Muy de acuerdo	26	14,3	14,6	100,0
	Total	178	97,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	4	2,2		
Total		182	100,0		

Ambiente de trabajo: hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	14	7,7	7,8	7,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	11,0	11,1	18,9
	De acuerdo	82	45,1	45,6	64,4
	Muy de acuerdo	64	35,2	35,6	100,0
	Total	180	98,9	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	2	1,1		
Total		182	100,0		

Falta de tiempo: En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	36	19,8	19,8	19,8
	En desacuerdo	56	30,8	30,8	50,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	15,4	15,4	65,9
	De acuerdo	48	26,4	26,4	92,3
	Muy de acuerdo	14	7,7	7,7	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

Formación del personal no sanitario: Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	8	4,4	5,6	5,6
	En desacuerdo	26	14,3	18,3	23,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	15,4	19,7	43,7
	De acuerdo	64	35,2	45,1	88,7
	Muy de acuerdo	16	8,8	11,3	100,0
	Total	142	78,0	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	40	22,0		
Total		182	100,0		

Relación entre profesionales: En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	4	2,2	2,2	2,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	2,2	2,2	4,4
	De acuerdo	74	40,7	40,7	45,1
	Muy de acuerdo	100	54,9	54,9	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

Cupo de pacientes asignados: Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	68	37,4	41,5	41,5
	En desacuerdo	48	26,4	29,3	70,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	14,3	15,9	86,6
	De acuerdo	14	7,7	8,5	95,1
	Muy de acuerdo	8	4,4	4,9	100,0
	Total	164	90,1	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	18	9,9		
Total		182	100,0		

Formación del personal no sanitario: En este centro se asegura que el personal no sanitario tiene la formación necesaria para su trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	10	5,5	7,9	7,9
	En desacuerdo	16	8,8	12,7	20,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	12,1	17,5	38,1
	De acuerdo	56	30,8	44,4	82,5
	Muy de acuerdo	22	12,1	17,5	100,0
	Total	126	69,2	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	56	30,8		
Total		182	100,0		

Organización del centro: Este centro está más desorganizado de lo que debiera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	1,1	1,2	1,2
	En desacuerdo	24	13,2	14,0	15,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	14,3	15,1	30,2
	De acuerdo	96	52,7	55,8	86,0
	Muy de acuerdo	24	13,2	14,0	100,0
	Total	172	94,5	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	10	5,5		
Total		182	100,0		

Procedimientos de control de calidad: Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	8	4,4	5,8	5,8
	En desacuerdo	40	22,0	29,0	34,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	15,4	20,3	55,1
	De acuerdo	48	26,4	34,8	89,9
	Muy de acuerdo	14	7,7	10,1	100,0
	Total	138	75,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	44	24,2		
Total		182	100,0		

Asignación de tareas al personal no sanitario: Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	1,1	1,6	1,6
	En desacuerdo	14	7,7	11,5	13,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	8,8	13,1	26,2
	De acuerdo	84	46,2	68,9	95,1
	Muy de acuerdo	6	3,3	4,9	100,0
	Total	122	67,0	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	60	33,0		
Total		182	100,0		

Recursos humanos de personal no sanitario: Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	8	4,4	5,1	5,1
	En desacuerdo	38	20,9	24,4	29,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	30	16,5	19,2	48,7
	De acuerdo	74	40,7	47,4	96,2
	Muy de acuerdo	6	3,3	3,8	100,0
	Total	156	85,7	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	26	14,3		
Total		182	100,0		

Organización y distribución del trabajo: En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	3,3	3,4	3,4
	En desacuerdo	40	22,0	23,0	26,4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	46	25,3	26,4	52,9
	De acuerdo	72	39,6	41,4	94,3
	Muy de acuerdo	10	5,5	5,7	100,0
	Total	174	95,6	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	8	4,4		
Total		182	100,0		

Trabajo en equipo: Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	3,3	3,3	3,3
	En desacuerdo	24	13,2	13,3	16,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	11,0	11,1	27,8
	De acuerdo	96	52,7	53,3	81,1
	Muy de acuerdo	34	18,7	18,9	100,0
	Total	180	98,9	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	2	1,1		
Total		182	100,0		

Carga asistencial: Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	26	14,3	16,5	16,5
	En desacuerdo	70	38,5	44,3	60,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	13,2	15,2	75,9
	De acuerdo	36	19,8	22,8	98,7
	Muy de acuerdo	2	1,1	1,3	100,0
	Total	158	86,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	24	13,2		
Total		182	100,0		

Procedimientos de trabajo del personal no sanitario: El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	1,1	1,5	1,5
	En desacuerdo	8	4,4	6,0	7,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	18	9,9	13,4	20,9
	De acuerdo	88	48,4	65,7	86,6
	Muy de acuerdo	18	9,9	13,4	100,0
	Total	134	73,6	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	48	26,4		
Total		182	100,0		

Formación en procedimientos de trabajo del personal sanitario: Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	1,1	1,2	1,2
	En desacuerdo	24	13,2	14,6	15,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	15,4	17,1	32,9
	De acuerdo	74	40,7	45,1	78,0
	Muy de acuerdo	36	19,8	22,0	100,0
	Total	164	90,1	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	18	9,9		
Total		182	100,0		

Formación continuada: En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	3,3	3,5	3,5
	En desacuerdo	16	8,8	9,3	12,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	15,4	16,3	29,1
	De acuerdo	72	39,6	41,9	70,9
	Muy de acuerdo	50	27,5	29,1	100,0
	Total	172	94,5	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	10	5,5		
Total		182	100,0		

Competencia profesional: Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	10	5,5	6,3	6,3
	En desacuerdo	20	11,0	12,5	18,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	32	17,6	20,0	38,8
	De acuerdo	94	51,6	58,8	97,5
	Muy de acuerdo	4	2,2	2,5	100,0
	Total	160	87,9	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	22	12,1		
Total		182	100,0		

Procedimientos de trabajo del personal sanitario: El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	8	4,4	4,8	4,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	12,1	13,1	17,9
	De acuerdo	114	62,6	67,9	85,7
	Muy de acuerdo	24	13,2	14,3	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Receptividad de propuestas: Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,1	1,4	1,4
	Rara vez	8	4,4	5,6	7,0
	Algunas veces	40	22,0	28,2	35,2
	La mayoría de las veces	72	39,6	50,7	85,9
	Siempre	20	11,0	14,1	100,0
	Total	142	78,0	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	40	22,0		
Total		182	100,0		

Puntos de vista alternativos: En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	6	3,3	4,1	4,1
	Rara vez	20	11,0	13,7	17,8
	Algunas veces	50	27,5	34,2	52,1
	La mayoría de las veces	44	24,2	30,1	82,2
	Siempre	26	14,3	17,8	100,0
	Total	146	80,2	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	36	19,8		
Total		182	100,0		

Cita de revisiones: El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	2,2	2,4	2,4
	Rara vez	12	6,6	7,1	9,5
	Algunas veces	30	16,5	17,9	27,4
	La mayoría de las veces	64	35,2	38,1	65,5
	Siempre	58	31,9	34,5	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Preguntas personal no sanitario: El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,1	1,4	1,4
	Rara vez	6	3,3	4,3	5,7
	Algunas veces	28	15,4	20,0	25,7
	La mayoría de las veces	74	40,7	52,9	78,6
	Siempre	30	16,5	21,4	100,0
	Total	140	76,9	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	42	23,1		
Total		182	100,0		

Pacientes crónicos: En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,1	1,2	1,2
	Rara vez	20	11,0	12,3	13,6
	Algunas veces	40	22,0	24,7	38,3
	La mayoría de las veces	70	38,5	43,2	81,5
	Siempre	30	16,5	18,5	100,0
	Total	162	89,0	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	20	11,0		
Total		182	100,0		

En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	6	3,3	3,8	3,8
	Rara vez	8	4,4	5,1	8,9
	Algunas veces	36	19,8	22,8	31,6
	La mayoría de las veces	72	39,6	45,6	77,2
	Siempre	36	19,8	22,8	100,0
	Total	158	86,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	24	13,2		
Total		182	100,0		

El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	8	4,4	8,2	8,2
	Algunas veces	24	13,2	24,5	32,7
	La mayoría de las veces	46	25,3	46,9	79,6
	Siempre	20	11,0	20,4	100,0
	Total	98	53,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	84	46,2		
Total		182	100,0		

Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	2,2	2,4	2,4
	Rara vez	16	8,8	9,4	11,8
	Algunas veces	38	20,9	22,4	34,1
	La mayoría de las veces	94	51,6	55,3	89,4
	Siempre	18	9,9	10,6	100,0
	Total	170	93,4	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	12	6,6		
Total		182	100,0		

En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,1	1,1	1,1
	Rara vez	2	1,1	1,1	2,2
	Algunas veces	16	8,8	9,0	11,2
	La mayoría de las veces	92	50,5	51,7	62,9
	Siempre	66	36,3	37,1	100,0
	Total	178	97,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	4	2,2		
Total		182	100,0		

Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,1	1,2	1,2
	Rara vez	4	2,2	2,4	3,6
	Algunas veces	30	16,5	17,9	21,4
	La mayoría de las veces	84	46,2	50,0	71,4
	Siempre	48	26,4	28,6	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	4	2,2	2,3	2,3
	Rara vez	6	3,3	3,5	5,8
	Algunas veces	36	19,8	20,9	26,7
	La mayoría de las veces	68	37,4	39,5	66,3
	Siempre	58	31,9	33,7	100,0
	Total	172	94,5	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	10	5,5		
Total		182	100,0		

El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	6	3,3	5,1	5,1
	Algunas veces	22	12,1	18,6	23,7
	La mayoría de las veces	66	36,3	55,9	79,7
	Siempre	24	13,2	20,3	100,0
	Total	118	64,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	64	35,2		
Total		182	100,0		

El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Rara vez	8	4,4	5,5	5,5
	Algunas veces	44	24,2	30,1	35,6
	La mayoría de las veces	72	39,6	49,3	84,9
	Siempre	22	12,1	15,1	100,0
	Total	146	80,2	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	36	19,8		
Total		182	100,0		

El personal sanitario está dispuesto a notificar los fallos que observan en el centro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nunca	2	1,1	1,2	1,2
	Rara vez	8	4,4	4,8	6,0
	Algunas veces	32	17,6	19,0	25,0
	La mayoría de las veces	90	49,5	53,6	78,6
	Siempre	36	19,8	21,4	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Los responsables de tu centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	14	7,7	8,9	8,9
	En desacuerdo	38	20,9	24,1	32,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	42	23,1	26,6	59,5
	De acuerdo	48	26,4	30,4	89,9
	Muy de acuerdo	16	8,8	10,1	100,0
	Total	158	86,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	24	13,2		
Total		182	100,0		

Los responsables de tu centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	6	3,3	3,7	3,7
	En desacuerdo	22	12,1	13,6	17,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	24	13,2	14,8	32,1
	De acuerdo	74	40,7	45,7	77,8
	Muy de acuerdo	36	19,8	22,2	100,0
	Total	162	89,0	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	20	11,0		
Total		182	100,0		

Los responsables de tu centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	8	4,4	5,0	5,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	28	15,4	17,5	22,5
	De acuerdo	84	46,2	52,5	75,0
	Muy de acuerdo	40	22,0	25,0	100,0
	Total	160	87,9	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	22	12,1		
Total		182	100,0		

Los responsables de tu centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	4	2,2	2,6	2,6
	En desacuerdo	20	11,0	13,0	15,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	40	22,0	26,0	41,6
	De acuerdo	66	36,3	42,9	84,4
	Muy de acuerdo	24	13,2	15,6	100,0
	Total	154	84,6	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	28	15,4		
Total		182	100,0		

Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	4	2,2	2,3	2,3
	En desacuerdo	2	1,1	1,1	3,4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	8,8	9,1	12,5
	De acuerdo	118	64,8	67,0	79,5
	Muy de acuerdo	36	19,8	20,5	100,0
	Total	176	96,7	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	6	3,3		
Total		182	100,0		

Los procesos de nuestro centro son 3s para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	4	2,2	2,4	2,4
	En desacuerdo	14	7,7	8,5	11,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	26	14,3	15,9	26,8
	De acuerdo	104	57,1	63,4	90,2
	Muy de acuerdo	16	8,8	9,8	100,0
	Total	164	90,1	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	18	9,9		
Total		182	100,0		

En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que debieran

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	10	5,5	6,0	6,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	46	25,3	27,4	33,3
	De acuerdo	86	47,3	51,2	84,5
	Muy de acuerdo	26	14,3	15,5	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	14	7,7	8,3	8,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	12,1	13,1	21,4
	De acuerdo	88	48,4	52,4	73,8
	Muy de acuerdo	44	24,2	26,2	100,0
	Total	168	92,3	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	14	7,7		
Total		182	100,0		

Este centro modifica sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	12	6,6	7,5	7,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20	11,0	12,5	20,0
	De acuerdo	108	59,3	67,5	87,5
	Muy de acuerdo	20	11,0	12,5	100,0
	Total	160	87,9	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	22	12,1		
Total		182	100,0		

En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	1,1	1,2	1,2
	En desacuerdo	30	16,5	17,4	18,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22	12,1	12,8	31,4
	De acuerdo	86	47,3	50,0	81,4
	Muy de acuerdo	32	17,6	18,6	100,0
	Total	172	94,5	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	10	5,5		
Total		182	100,0		

Después de introducir cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy en desacuerdo	2	1,1	1,3	1,3
	En desacuerdo	14	7,7	8,9	10,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	34	18,7	21,5	31,6
	De acuerdo	92	50,5	58,2	89,9
	Muy de acuerdo	16	8,8	10,1	100,0
	Total	158	86,8	100,0	
Perdidos	No sé/No procede	24	13,2		
Total		182	100,0		

Centrado en el paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	1,1	1,1	1,1
	Regular	12	6,6	6,6	7,7
	Bueno	80	44,0	44,0	51,6
	Muy bueno	64	35,2	35,2	86,8
	Excelente	24	13,2	13,2	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

Efectivo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	6	3,3	3,3	3,3
	Regular	14	7,7	7,7	11,0
	Bueno	66	36,3	36,3	47,3
	Muy bueno	74	40,7	40,7	87,9
	Excelente	22	12,1	12,1	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

A tiempo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	4	2,2	2,2	2,2
	Regular	34	18,7	18,7	20,9
	Bueno	70	38,5	38,5	59,3
	Muy bueno	54	29,7	29,7	89,0
	Excelente	20	11,0	11,0	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

Eficiente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	2	1,1	1,1	1,1
	Regular	24	13,2	13,2	14,3
	Bueno	84	46,2	46,2	60,4
	Muy bueno	50	27,5	27,5	87,9
	Excelente	22	12,1	12,1	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

Equitativo

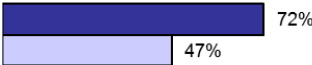
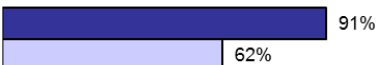







		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Regular	2	1,1	1,1	1,1
	Bueno	32	17,6	17,6	18,7
	Muy bueno	58	31,9	31,9	50,5
	Excelente	90	49,5	49,5	100,0
	Total	182	100,0	100,0	

Puntuación global en seguridad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Malo	4	2,2	2,2	2,2
	Regular	26	14,3	14,3	16,5
	Bueno	84	46,2	46,2	62,6
	Muy bueno	56	30,8	30,8	93,4
	Excelente	12	6,6	6,6	100,0
	Total	182	100,0	100,0	


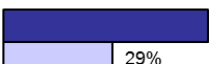


8.5. Anexo 5: Resultados (% de respuestas positivas de cada variable) comparados con la encuesta del SNS realizada en AP.

Valores comparativos: Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad.

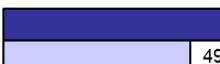
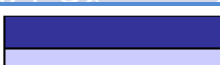


Acceso a la atención A1 El paciente no consiguió una cita para consultar un problema de salud agudo en las siguientes 48 horas	
Identificación del paciente A2 Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	
Gestión de historias clínicas A3 La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó.	
Gestión de historias clínicas A4 La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	
Equipamiento Médico A5 El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	
Medicación A6 Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción.	
Medicación A7 La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta.	
Pruebas diagnósticas A8 Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron.	
Pruebas diagnósticas A9 Un resultado crítico anormal en alguna prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día.	

Valores comparativos: Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales.

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con:

B1 Servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen...)?	
B2 Otras consultas médicas fuera del centro?	
B3 Oficinas de farmacia?	
B4 Hospitales?	

Valores comparativos. Trabajo en equipo.

C1 Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan.	
C2 En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	
C5 En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto.	
C13 Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes.	

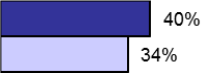
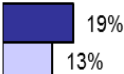

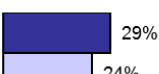


AP España 2011

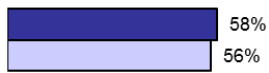
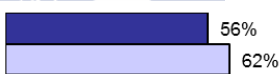



Médicos residentes MFyC Galicia

Valores comparativos. Ritmo y carga de trabajo.

C3R En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	
C6R Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro.	
C11 Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes.	
C14R Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente.	

Valores comparativos. Formación del personal no sanitario.

C4 Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	
C7 En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo.	
C10R Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado.	



Valores comparativos. Procedimientos establecidos en el centro personal no sanitario.

C8R Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	
C9 Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	
C12R En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	
C15 El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	

Valores comparativos. Procedimientos establecidos en el centro personal sanitario.

C8R Este centro está más desorganizado de lo que debiera.	
C9 Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente.	
C12R En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo.	
C19 El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos.	

■ AP España 2011

■ Médicos residentes MFyC Galicia

Valores comparativos. Comunicación franca.

D1 Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios.	
D2 En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos.	
D4R El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien.	
D10R Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro.	

Valores comparativos. Seguimiento de la atención a los pacientes.

D3 El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas	
D5 En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento.	
D6 En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro.	
D9 En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento.	

■ AP España 2011

■ Médicos residentes MFyC Galicia

Valores comparativos. Comunicación acerca de error.

D7R El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	
D8 Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	
D11 En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	
D12 El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro.	

Valores comparativos. Comunicación acerca de error. Personal sanitario.

D13R El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra.	
D8 Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro.	
D11 En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	
D14 El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro	

■ AP España 2011

■ Médicos residentes MFyC Galicia

Valores comparativos. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente.

E1R Los responsables de su centro no están invirtiendo suficientes recursos para mejorar la calidad asistencial en este centro de salud.	
E2R Los responsables de su centro pasan por alto los fallos relacionados con la asistencia que ocurren una y otra vez.	
E3 Los responsables de su centro dan prioridad a los procesos relacionados con la mejora de la atención a los pacientes.	
E4R Los responsables de su centro a menudo toman decisiones basadas en lo que es mejor para el centro en lugar de lo que es mejor para los pacientes.	

Valores comparativos. Aprendizaje organizacional.

F1R Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en qué hacemos las cosas.	
F5 Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir.	
F7 Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan.	

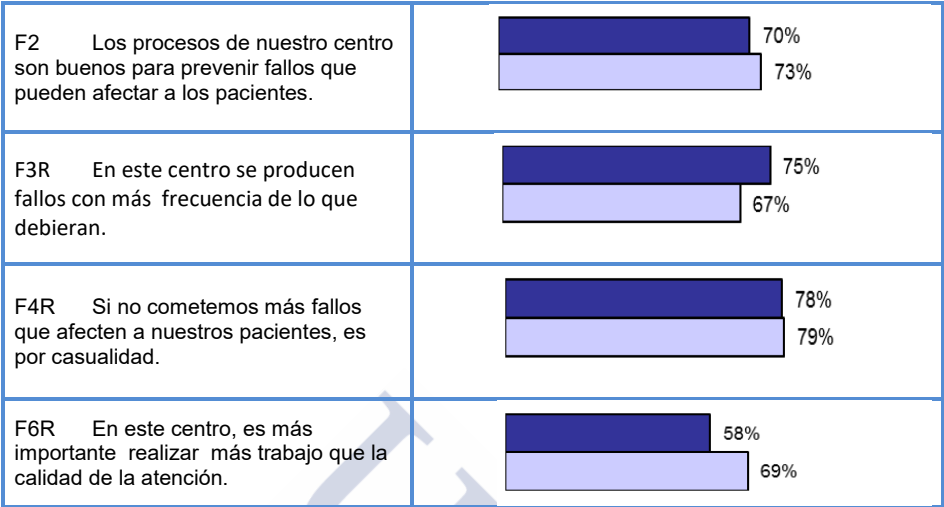


AP España 2011



Médicos residentes MFyC Galicia

Valores comparativos. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad.



AP España 2011



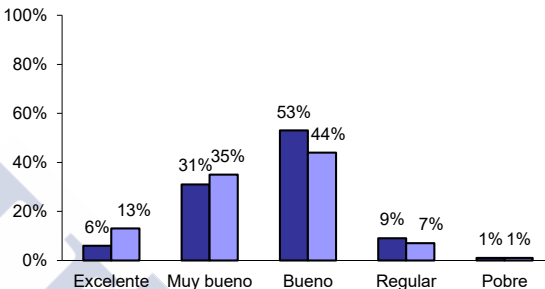
Médicos residentes MFyC Galicia

Comparación. Valoraciones globales sobre la calidad.

En general, ¿cómo puntuaría a su centro de salud en cada una de las siguientes dimensiones de la calidad asistencial?

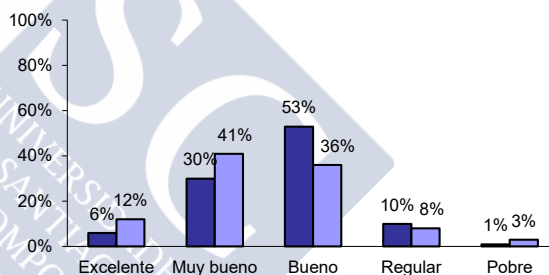
G1a. Centrado en el paciente

Responde a las preferencias individuales de los pacientes,
a sus necesidades y valores.



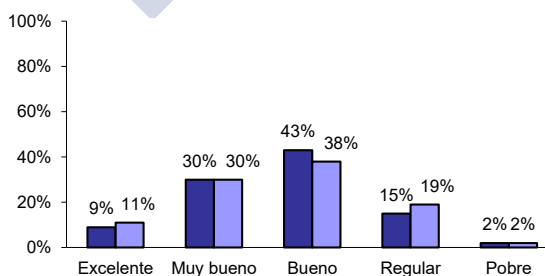
G1b. Efectivo

Se basa en el conocimiento científico.



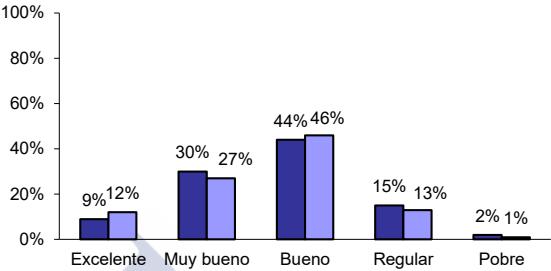
G1c. A tiempo

Minimiza esperas y demoras potencialmente perjudiciales.



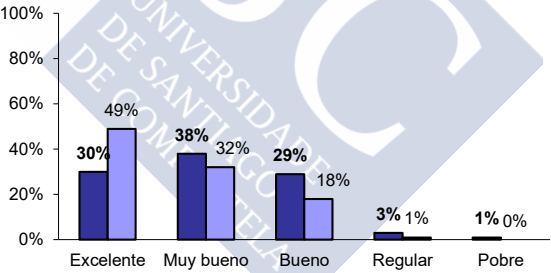
G1d. Eficiente

Garantiza unos cuidados coste-efectivos (evita el despilfarro, la sobreutilización, o el mal uso de los servicios).

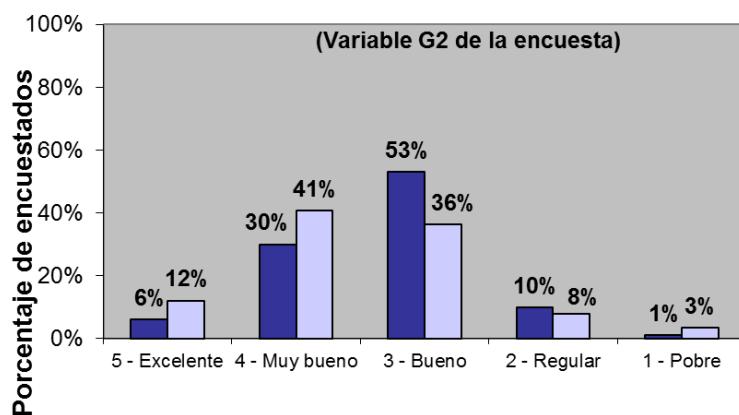


G1e. Equitativo

Ofrece la misma calidad asistencial a todos los individuos con independencia de su sexo, raza, etnia, nivel socioeconómico, idioma, etc...



Comparación valoraciones globales sobre seguridad del paciente

**RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA
VALORACIÓN GLOBAL EN SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

AP España 2011



Médicos residentes MFyC Galicia

8.6. Anexo 6: Valores medios de las dimensiones por tramos etarios.

		Tramos etarios	Estadístico	Error estándar
1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9)	<25	Media	3,6039	,16284
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,2631 3,9447
	26 a 28	Media	3,4213	,07931
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,2634 3,5793
	29 a 31	Media	3,3825	,12083
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,1341 3,6309
	32 a 34	Media	2,7533	,35277
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	1,7739 3,7328
	>35	Media	3,4715	,10471
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,2531 3,6899
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1, B2, B3, B4)	<25	Media	3,6200	,23366
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,1309 4,1091
	26 a 28	Media	3,3758	,10015
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,1763 3,5752
	29 a 31	Media	3,4963	,19203
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,1016 3,8910
	32 a 34	Media	2,6000	,38987
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	1,5175 3,6825
	>35	Media	3,6952	,20684
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,2638 4,1267
3. Trabajo en equipo (C1, C2, C5, C13)	<25	Media	3,9875	,13263
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,7099 4,2651
	26 a 28	Media	3,9784	,08101

		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,8170	
		para la media	Límite superior	4,1397	
	29 a 31	Media		3,9012	,12190
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6507	
		para la media	Límite superior	4,1518	
	32 a 34	Media		3,8500	,21794
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2449	
		para la media	Límite superior	4,4551	
	>35	Media		3,7143	,12711
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4491	
		para la media	Límite superior	3,9794	
4. Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14)	<25	Media		3,0083	,20403
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,5813	
		para la media	Límite superior	3,4354	
	26 a 28	Media		2,6093	,10536
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,3995	
		para la media	Límite superior	2,8192	
	29 a 31	Media		2,4414	,11495
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,2051	
		para la media	Límite superior	2,6776	
	32 a 34	Media		2,6000	,28062
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	1,8209	
		para la media	Límite superior	3,3791	
	>35	Media		2,5794	,23970
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,0794	
		para la media	Límite superior	3,0794	
5. Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10)	<25	Media		3,8000	,16473
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4552	
		para la media	Límite superior	4,1448	
	26 a 28	Media		3,5996	,09666
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4070	
		para la media	Límite superior	3,7921	
	29 a 31	Media		3,3827	,16945
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0344	
		para la media	Límite superior	3,7310	
	32 a 34	Media		3,8333	,22361
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2125	
		para la media	Límite superior	4,4542	
	>35	Media		3,3016	,20040
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,8836	
		para la media	Límite superior	3,7196	

6. Formación del personal sanitario (C16, C17, C18)	<25	Media	3,6333	,15418
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,3106	
		Límite superior	3,9560	
	26 a 28	Media	3,7532	,08408
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,5858	
		Límite superior	3,9207	
	29 a 31	Media	3,5802	,13735
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,2979	
		Límite superior	3,8626	
	32 a 34	Media	3,6667	,18257
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,1598	
		Límite superior	4,1736	
	>35	Media	3,3968	,21408
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	2,9503	
		Límite superior	3,8434	
7. Procedimientos establecidos en el centro (C8, C9, C12, C15)	<25	Media	3,6375	,11867
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,3891	
		Límite superior	3,8859	
	26 a 28	Media	3,4459	,08886
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,2689	
		Límite superior	3,6229	
	29 a 31	Media	3,5278	,16349
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,1917	
		Límite superior	3,8638	
	32 a 34	Media	3,6333	,16791
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,1671	
		Límite superior	4,0995	
	>35	Media	3,4286	,16827
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,0776	
		Límite superior	3,7796	
8. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8, C9, C12, C19)	<25	Media	3,6750	,11815
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,4277	
		Límite superior	3,9223	
	26 a 28	Media	3,5303	,08032
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,3703	
		Límite superior	3,6903	
	29 a 31	Media	3,6142	,15222
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,3013	
		Límite superior	3,9271	
	32 a 34	Media	3,5833	,14672
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,1760	

		para la media	Límite superior	3,9907	
	>35	Media		3,3571	,15194
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0402	
		para la media	Límite superior	3,6741	
9. Comunicación franca (D1, D2, D4, D10)	<25	Media		3,9333	,13580
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6491	
		para la media	Límite superior	4,2176	
	26 a 28	Media		3,8139	,06694
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6805	
		para la media	Límite superior	3,9472	
	29 a 31	Media		3,6327	,16308
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2975	
		para la media	Límite superior	3,9679	
	32 a 34	Media		3,8500	,28062
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0709	
		para la media	Límite superior	4,6291	
	>35	Media		3,6190	,12981
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3483	
		para la media	Límite superior	3,8898	
10. Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9)	<25	Media		4,2458	,09998
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	4,0366	
		para la media	Límite superior	4,4551	
	26 a 28	Media		3,9394	,07261
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7948	
		para la media	Límite superior	4,0840	
	29 a 31	Media		3,7593	,19267
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3632	
		para la media	Límite superior	4,1553	
	32 a 34	Media		4,1000	,36742
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0799	
		para la media	Límite superior	5,1201	
	>35	Media		3,4722	,13193
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1970	
		para la media	Límite superior	3,7474	
11. Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12)	<25	Media		4,0167	,14083
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7219	
		para la media	Límite superior	4,3114	
	26 a 28	Media		3,9567	,06349
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,8303	
		para la media	Límite superior	4,0832	
	29 a 31	Media		3,7469	,19103

		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,3542	
		para la media Límite superior	4,1396	
	32 a 34	Media	3,8333	,21082
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,2480	
		para la media Límite superior	4,4187	
	>35	Media	3,4127	,14033
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,1200	
		para la media Límite superior	3,7054	
	12. Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13, D8, D11, D14)	Media	4,0083	,13517
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,7254	
		para la media Límite superior	4,2912	
	26 a 28	Media	3,8788	,06396
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,7514	
		para la media Límite superior	4,0062	
	29 a 31	Media	3,7407	,15301
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,4262	
		para la media Límite superior	4,0553	
	32 a 34	Media	3,5500	,20000
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	2,9947	
		para la media Límite superior	4,1053	
	>35	Media	3,5833	,13620
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,2992	
		para la media Límite superior	3,8675	
	13. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4)	Media	3,5833	,11294
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,3469	
		para la media Límite superior	3,8197	
	26 a 28	Media	3,6764	,09135
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,4945	
		para la media Límite superior	3,8583	
	29 a 31	Media	3,4691	,11634
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,2300	
		para la media Límite superior	3,7083	
	32 a 34	Media	4,2000	,09354
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,9403	
		para la media Límite superior	4,4597	
	>35	Media	3,1310	,16870
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	2,7791	
		para la media Límite superior	3,4828	
	14. Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7)	Media	4,0167	,08455
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,8397	
		para la media Límite superior	4,1936	

	26 a 28	Media		3,9134	,06825	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7775		
		para la media	Límite superior	4,0493		
	29 a 31	Media		3,7037	,15545	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3842		
		para la media	Límite superior	4,0232		
	32 a 34	Media		3,8667	,13333	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4965		
		para la media	Límite superior	4,2369		
	>35	Media		3,4127	,16888	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0604		
		para la media	Límite superior	3,7650		
15. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2, F3, F4, F6)	<25	Media		3,8875	,10012	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6779		
		para la media	Límite superior	4,0971		
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6840		
		para la media	Límite superior	3,9610		
	29 a 31	Media		3,8302	,15021	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5215		
		para la media	Límite superior	4,1390		
	32 a 34	Media		3,5000	,31623	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,6220		
		para la media	Límite superior	4,3780		
			95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9835	
	para la media	Límite superior	3,7149			
16. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	<25	Media		3,9800	,10352	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7633		
		para la media	Límite superior	4,1967		
	26 a 28	Media		3,7403	,07533	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5902		
		para la media	Límite superior	3,8903		
	29 a 31	Media		3,4222	,13132	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1523		
		para la media	Límite superior	3,6922		
	32 a 34	Media		3,8000	,27568	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0346		
		para la media	Límite superior	4,5654		
	>35	Media		2,9810	,07420	
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,8262		
		para la media	Límite superior	3,1357		
	17. Puntuaciones globales	<25	Media		3,4000	,13377

en seguridad del paciente (G2)	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,1200	
	para la media Límite superior		3,6800	
	26 a 28	Media	3,4026	,09291
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,2175	
	para la media Límite superior		3,5877	
	29 a 31	Media	3,1111	,18745
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		2,7258	
	para la media Límite superior		3,4964	
	32 a 34	Media	3,6000	,24495
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		2,9199	
	para la media Límite superior		4,2801	
	>35	Media	2,8571	,10433
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		2,6395	
	para la media Límite superior		3,0748	
18. Índice sintético (ISSP)	<25	Media	3,7669	,08094
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,5975	
	para la media Límite superior		3,9363	
	26 a 28	Media	3,6387	,05658
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,5260	
	para la media Límite superior		3,7514	
	29 a 31	Media	3,5143	,11973
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,2682	
	para la media Límite superior		3,7604	
	32 a 34	Media	3,5776	,16609
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,1165	
	para la media Límite superior		4,0388	
	>35	Media	3,3390	,10593
	95% de intervalo de confianza Límite inferior		3,1180	
	para la media Límite superior		3,5600	

8.7. Anexo 7: Valores medios de cada dimensión desagregados por año de residencia.

	Año de residencia		Estadístico	Error estándar
1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9)	R1	Media	3,7532	,12575
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,4967 4,0097
	R2	Media	3,4336	,13633
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,1516 3,7156
	R3	Media	3,1931	,08752
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,0166 3,3696
	R4	Media	3,4102	,09249
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,2244 3,5961
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1, B2, B3, B4)	R1	Media	3,7667	,16214
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,4360 4,0974
	R2	Media	3,4667	,21013
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,0320 3,9014
	R3	Media	3,2242	,14092
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	2,9400 3,5084
	R4	Media	3,4347	,12580
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,1819 3,6875
3. Trabajo en equipo (C1, C2, C5, C13)	R1	Media	4,0313	,12386
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,7786 4,2839
	R2	Media	4,2292	,08367
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	4,0561 4,4023
		Asimetría	-,113	,472
	R3	Media	3,7424	,11138
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior Límite superior	3,5178 3,9670
	R4	Media	3,8700	,08519
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6988

		para la media	Límite superior	4,0412	
4. Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14)	R1	Media		3,0521	,16982
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,7057	
		para la media	Límite superior	3,3984	
	R2	Media		2,6389	,19612
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,2332	
		para la media	Límite superior	3,0446	
	R3	Media		2,3598	,10961
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,1388	
		para la media	Límite superior	2,5809	
	R4	Media		2,5867	,12470
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,3361	
		para la media	Límite superior	2,8373	
5. Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10)	R1	Media		3,9167	,12205
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6677	
		para la media	Límite superior	4,1656	
	R2	Media		3,5278	,21695
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0790	
		para la media	Límite superior	3,9766	
	R3	Media		3,5076	,12834
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2488	
		para la media	Límite superior	3,7664	
	R4	Media		3,3733	,10886
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1546	
		para la media	Límite superior	3,5921	
6. Formación del personal sanitario (C16, C17, C18)	R1	Media		3,7604	,12431
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5069	
		para la media	Límite superior	4,0140	
	R2	Media		3,9028	,17287
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5452	
		para la media	Límite superior	4,2604	
	R3	Media		3,4848	,12613
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2305	
		para la media	Límite superior	3,7392	
	R4	Media		3,6133	,09202
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4284	
		para la media	Límite superior	3,7983	
7. Procedimientos establecidos en el centro (C8, C9, C12, C15)	R1	Media		3,7500	,10370
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5385	
		para la media	Límite superior	3,9615	
	R2	Media		3,5347	,20032

		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1203	
		para la media	Límite superior	3,9491	
	R3	Media		3,3902	,11868
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1508	
		para la media	Límite superior	3,6295	
	R4	Media		3,3900	,09250
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2041	
		para la media	Límite superior	3,5759	
	8. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8, C9, C12, C19)	R1	Media	3,7604	,09712
			95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5623
			para la media	Límite superior	3,9585
		R2	Media	3,6806	,16359
			95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3421
			para la media	Límite superior	4,0190
		R3	Media	3,3598	,10982
			95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1384
			para la media	Límite superior	3,5813
		R4	Media	3,4967	,09076
			95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3143
			para la media	Límite superior	3,6790
9. Comunicación franca (D1, D2, D4, D10)	R1	Media		4,0677	,10507
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,8534	
		para la media	Límite superior	4,2820	
		R2	Media	3,9514	,11091
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7219	
		para la media	Límite superior	4,1808	
	R3	Media		3,5644	,10660
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3494	
		para la media	Límite superior	3,7794	
		R4	Media	3,6767	,08352
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5088	
		para la media	Límite superior	3,8445	
10. Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9)	R1	Media		4,2188	,07593
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	4,0639	
		para la media	Límite superior	4,3736	
		R2	Media	3,7569	,12090
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5068	
		para la media	Límite superior	4,0070	
	R3	Media		3,7841	,13210
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5177	
		para la media	Límite superior	4,0505	

	R4	Media	3,8300	,10386
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,6213	
		Límite superior	4,0387	
11. Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12)	R1	Media	4,0313	,09954
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,8282	
		Límite superior	4,2343	
	R2	Media	4,1667	,12348
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,9112	
		Límite superior	4,4221	
	R3	Media	3,6515	,11870
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,4121	
		Límite superior	3,8909	
	R4	Media	3,7467	,09261
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,5606	
		Límite superior	3,9328	
12. Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13, D8, D11, D14)	R1	Media	4,0417	,10206
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,8335	
		Límite superior	4,2498	
	R2	Media	4,0625	,10010
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,8554	
		Límite superior	4,2696	
	R3	Media	3,6591	,09235
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,4728	
		Límite superior	3,8453	
	R4	Media	3,7000	,09422
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,5107	
		Límite superior	3,8893	
13. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4)	R1	Media	3,6615	,11623
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,4244	
		Límite superior	3,8985	
	R2	Media	3,7917	,18532
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,4083	
		Límite superior	4,1750	
	R3	Media	3,3977	,10115
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,1937	
		Límite superior	3,6017	
	R4	Media	3,5500	,10690
		95% de intervalo de confianza Límite inferior para la media	3,3352	
		Límite superior	3,7648	
14. Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7)	R1	Media	4,0521	,08448
		95% de intervalo de confianza Límite inferior	3,8798	

		para la media	Límite superior	4,2244	
	R2	Media		3,9306	,14006
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6408	
		para la media	Límite superior	4,2203	
	R3	Media		3,7273	,11959
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4861	
		para la media	Límite superior	3,9685	
	R4	Media		3,6933	,08184
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5289	
		para la media	Límite superior	3,8578	
15. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2, F3, F4, F6)	R1	Media		3,9323	,08150
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7661	
		para la media	Límite superior	4,0985	
	R2	Media		4,0347	,12519
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7757	
		para la media	Límite superior	4,2937	
	R3	Media		3,7311	,11890
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4913	
		para la media	Límite superior	3,9708	
	R4	Media		3,5300	,09053
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3481	
		para la media	Límite superior	3,7119	
16. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	R1	Media		3,9375	,09394
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,7459	
		para la media	Límite superior	4,1291	
	R2	Media		3,7167	,12448
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4592	
		para la media	Límite superior	3,9742	
	R3	Media		3,5273	,11506
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2952	
		para la media	Límite superior	3,7593	
	R4	Media		3,4240	,08716
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2489	
		para la media	Límite superior	3,5991	
17. Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	R1	Media		3,5625	,12650
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3045	
		para la media	Límite superior	3,8205	
	R2	Media		3,2500	,15048
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9387	
		para la media	Límite superior	3,5613	
	R3	Media		3,1364	,13243

		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,8693	
			Límite superior	3,4034	
R4		Media		3,2400	,10902
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0209	
			Límite superior	3,4591	
18. Índice sintético (ISSP)	R1	Media		3,8409	,07133
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6955	
			Límite superior	3,9864	
	R2	Media		3,7103	,10574
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4916	
			Límite superior	3,9291	
	R3	Media		3,4377	,08022
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2759	
			Límite superior	3,5995	
	R4	Media		3,5039	,06908
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3650	
			Límite superior	3,6427	



8.8. Anexo 8: Valores medios de cada dimensión desagregados por UDMFYC.

	UDMFYC			Estadístico	Error estándar
1. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9)	A Coruña	Media		3,3810	,13236
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1113	
			Límite superior	3,6506	
	Santiago de Compostela	Media		3,3422	,18149
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,9592	
			Límite superior	3,7251	
	Ferrol	Media		3,5171	,21724
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0162	
			Límite superior	4,0181	
	Pontevedra	Media		3,7575	,12711
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4881	
			Límite superior	4,0270	
	Vigo	Media		3,2275	,07297
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0785	
			Límite superior	3,3765	
	Lugo	Media		3,2599	,14897
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,9531	
			Límite superior	3,5667	
	Ourense	Media		3,8403	,13927
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5434	
			Límite superior	4,1371	
2. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales (B1, B2, B3, B4)	A Coruña	Media		3,1980	,14954
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,8934	
			Límite superior	3,5026	
	Santiago de Compostela	Media		3,2889	,19847
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,8702	
			Límite superior	3,7076	
	Ferrol	Media		3,1407	,32687
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,3870	
			Límite superior	3,8945	
	Pontevedra	Media		3,6706	,22618
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1911	
			Límite superior	4,1501	

3. Trabajo en equipo (C1, C2, C5, C13)	Vigo	Media		3,4430	,13907
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1590	
			Límite superior	3,7270	
	Lugo	Media		3,6846	,24276
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1846	
			Límite superior	4,1846	
	Ourense	Media		3,7125	,22284
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2375	
			Límite superior	4,1875	
	A Coruña	Media		3,9394	,11770
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6996	
			Límite superior	4,1791	
	Santiago de Compostela	Media		3,7917	,19307
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3843	
			Límite superior	4,1990	
	Ferrol	Media		3,8611	,22481
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3427	
			Límite superior	4,3795	
	Pontevedra	Media		3,7500	,15006
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4319	
			Límite superior	4,0681	
	Vigo	Media		4,0349	,10090
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,8289	
			Límite superior	4,2410	
	Lugo	Media		3,7147	,12336
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4607	
			Límite superior	3,9688	
	Ourense	Media		4,3906	,12069
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,1334	
			Límite superior	4,6479	
4. Ritmo y carga de trabajo (C3, C6, C11, C14)	A Coruña	Media		2,6616	,15158
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,3529	
			Límite superior	2,9704	
	Santiago de Compostela	Media		2,5000	,24421
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	1,9848	
			Límite superior	3,0152	
	Ferrol	Media		2,8889	,28294
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,2364	
			Límite superior	3,5413	
	Pontevedra	Media		3,0490	,20760
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,6089	

		para la media	Límite superior	3,4891	
	Vigo	Media		2,5081	,13344
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,2355	
		para la media	Límite superior	2,7806	
	Lugo	Media		2,3077	,20908
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	1,8771	
		para la media	Límite superior	2,7383	
	Ourense	Media		2,8594	,16800
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,5013	
		para la media	Límite superior	3,2175	
5. Formación del personal no sanitario (C4, C7, C10)	A Coruña	Media		3,4747	,14920
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1708	
		para la media	Límite superior	3,7787	
	Santiago de Compostela	Media		3,4167	,21058
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9724	
		para la media	Límite superior	3,8610	
	Ferrol	Media		3,8148	,11264
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5551	
		para la media	Límite superior	4,0746	
	Pontevedra	Media		3,4902	,16695
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1363	
		para la media	Límite superior	3,8441	
	Vigo	Media		3,7849	,15169
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4752	
		para la media	Límite superior	4,0947	
	Lugo	Media		3,2244	,18832
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,8365	
		para la media	Límite superior	3,6122	
	Ourense	Media		3,8750	,19925
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4503	
		para la media	Límite superior	4,2997	
6. Formación del personal sanitario (C16, C17, C18)	A Coruña	Media		3,5000	,15180
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1908	
		para la media	Límite superior	3,8092	
	Santiago de Compostela	Media		3,4259	,22190
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9577	
		para la media	Límite superior	3,8941	
	Ferrol	Media		3,7593	,14463
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4257	
		para la media	Límite superior	4,0928	
	Pontevedra	Media		3,5490	,16896

7, Procedimientos establecidos en el centro (C8, C9, C12, C15)	Vigo	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1908	
			Límite superior	3,9072	
		Media		3,8817	,09566
	Lugo	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6864	
			Límite superior	4,0771	
		Media		3,5513	,16324
	Ourense	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2151	
			Límite superior	3,8875	
		Media		4,0000	,15215
	A Coruña	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6757	
			Límite superior	4,3243	
		Media		3,4495	,13985
	Santiago de Compostela	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1646	
			Límite superior	3,7344	
		Media		3,2593	,23230
	Ferrol	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,7692	
			Límite superior	3,7494	
		Media		3,2685	,16124
8. Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios (C8, C9, C12, C19)	Pontevedra	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,8967	
			Límite superior	3,6403	
		Media		3,6618	,12631
	Vigo	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3940	
			Límite superior	3,9295	
		Media		3,4839	,12483
	Lugo	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2289	
			Límite superior	3,7388	
		Media		3,3429	,15031
	Ourense	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0334	
			Límite superior	3,6525	
		Media		4,0260	,12768
	A Coruña	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,7539	
			Límite superior	4,2982	
		Media		3,5076	,12664
	Santiago de Compostela	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2496	
			Límite superior	3,7655	
		Media		3,2778	,19374
	Ferrol	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,8690	
			Límite superior	3,6865	
		Media		3,2963	,16846
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,9078	
			Límite superior	3,6848	
		Media			

9. Comunicación franca (D1, D2, D4, D10)	Pontevedra	Media		3,8235	,11696
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5756	
			Límite superior	4,0715	
	Vigo	Media		3,5349	,11695
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2961	
			Límite superior	3,7738	
	Lugo	Media		3,3397	,13325
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0653	
			Límite superior	3,6142	
	Ourense	Media		4,0938	,11382
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,8511	
			Límite superior	4,3364	
10. Seguimiento de la atención a los pacientes (D3, D5, D6, D9)	A Coruña	Media		3,7854	,10850
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5644	
			Límite superior	4,0064	
	Santiago de Compostela	Media		3,5741	,12638
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3074	
			Límite superior	3,8407	
	Ferrol	Media		3,7222	,23733
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1749	
			Límite superior	4,2695	
	Pontevedra	Media		3,7892	,14906
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4732	
			Límite superior	4,1052	
	Vigo	Media		3,6720	,13235
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4017	
			Límite superior	3,9423	
	Lugo	Media		3,6635	,10983
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4373	
			Límite superior	3,8897	
	Ourense	Media		4,3385	,13252
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,0561	
			Límite superior	4,6210	
	A Coruña	Media		3,9495	,11451
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,7162	
			Límite superior	4,1827	
	Santiago de Compostela	Media		3,7454	,16550
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3962	
			Límite superior	4,0945	
	Ferrol	Media		3,8889	,26389
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2804	

		para la media	Límite superior	4,4974	
	Pontevedra	Media		3,9853	,15380
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6593	
		para la media	Límite superior	4,3113	
	Vigo	Media		3,8683	,15843
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5447	
		para la media	Límite superior	4,1918	
	Lugo	Media		3,6827	,13017
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,4146	
		para la media	Límite superior	3,9508	
	Ourense	Media		4,1875	,16536
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,8350	
		para la media	Límite superior	4,5400	
11. Comunicación sobre el error (D7, D8, D11, D12)	A Coruña	Media		3,8889	,10249
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,6801	
		para la media	Límite superior	4,0977	
	Santiago de Compostela	Media		3,7222	,16990
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3638	
		para la media	Límite superior	4,0807	
	Ferrol	Media		3,5463	,23778
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9980	
		para la media	Límite superior	4,0946	
	Pontevedra	Media		3,9118	,15450
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5842	
		para la media	Límite superior	4,2393	
	Vigo	Media		3,6559	,14250
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3649	
		para la media	Límite superior	3,9469	
	Lugo	Media		3,8526	,12763
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5897	
		para la media	Límite superior	4,1154	
	Ourense	Media		4,3594	,14607
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	4,0480	
		para la media	Límite superior	4,6707	
12. Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios (D13, D8, D11, D14)	A Coruña	Media		3,7727	,09934
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,5704	
		para la media	Límite superior	3,9751	
	Santiago de Compostela	Media		3,5278	,13840
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2358	
		para la media	Límite superior	3,8198	
	Ferrol	Media		3,7407	,23093

		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2082	
			Límite superior	4,2733	
	Pontevedra	Media		3,8971	,15318
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5723	
			Límite superior	4,2218	
	Vigo	Media		3,6505	,10706
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4319	
			Límite superior	3,8692	
	Lugo	Media		3,9327	,12369
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6779	
			Límite superior	4,1874	
	Ourense	Media		4,3438	,13085
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	4,0648	
			Límite superior	4,6227	
13. Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente (E1, E2, E3, E4)	A Coruña	Media		3,4697	,16055
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1427	
			Límite superior	3,7967	
	Santiago de Compostela	Media		3,3333	,21069
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,8888	
			Límite superior	3,7778	
	Ferrol	Media		3,4722	,21828
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	2,9689	
			Límite superior	3,9756	
	Pontevedra	Media		3,5196	,15083
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,1999	
			Límite superior	3,8394	
	Vigo	Media		3,8602	,07752
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,7019	
			Límite superior	4,0185	
	Lugo	Media		3,3942	,14890
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0876	
			Límite superior	3,7009	
14. Aprendizaje organizacional (F1, F5, F7)	Ourense	Media		3,8542	,15674
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5201	
			Límite superior	4,1882	
	A Coruña	Media		3,5758	,13138
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3081	
			Límite superior	3,8434	
	Santiago de Compostela	Media		3,6296	,20101
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2055	
			Límite superior	4,0537	

15. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad (F2, F3, F4, F6)	Ferrol	Media		3,8889	,16667
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5046	
			Límite superior	4,2732	
	Pontevedra	Media		3,9608	,10358
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,7412	
			Límite superior	4,1804	
	Vigo	Media		3,8817	,13166
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6128	
			Límite superior	4,1506	
	Lugo	Media		3,8333	,08523
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6578	
			Límite superior	4,0089	
	Ourense	Media		4,1875	,11063
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,9517	
			Límite superior	4,4233	
	A Coruña	Media		3,5556	,12514
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3007	
			Límite superior	3,8105	
16. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	Santiago de Compostela	Media		3,6944	,21820
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2341	
			Límite superior	4,1548	
	Ferrol	Media		3,7315	,20496
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2588	
			Límite superior	4,2041	
	Pontevedra	Media		3,7353	,10605
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,5105	
			Límite superior	3,9601	
	Vigo	Media		3,8763	,09950
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,6731	
			Límite superior	4,0795	
	Lugo	Media		3,6154	,12651
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3548	
			Límite superior	3,8759	
	Ourense	Media		4,2656	,13203
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,9842	
			Límite superior	4,5470	
16. Puntuaciones globales sobre la calidad (G1A, G1B, G1C, G1D, G1E)	A Coruña	Media		3,5515	,13115
		95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2844	
			Límite superior	3,8187	
	Santiago de Compostela	Media		3,5556	,21301
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,1061	

17. Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)	Ferrol	para la media	Límite superior	4,0050	
		Media		3,6889	,19468
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2400	
	Pontevedra	para la media	Límite superior	4,1378	
		Media		3,6235	,14234
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3218	
	Vigo	para la media	Límite superior	3,9253	
		Media		3,4581	,11214
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,2290	
	Lugo	para la media	Límite superior	3,6871	
		Media		3,5385	,09133
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3504	
	Ourense	para la media	Límite superior	3,7266	
		Media		4,1500	,12179
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,8904	
	A Coruña	para la media	Límite superior	4,4096	
		Media		3,0303	,14748
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,7299	
	Santiago de Compostela	para la media	Límite superior	3,3307	
		Media		3,0556	,24882
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,5306	
	Ferrol	para la media	Límite superior	3,5805	
		Media		3,3333	,16667
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9490	
	Pontevedra	para la media	Límite superior	3,7177	
		Media		3,6471	,14706
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3353	
	Vigo	para la media	Límite superior	3,9588	
		Media		3,1935	,13456
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	2,9187	
	Lugo	para la media	Límite superior	3,4684	
		Media		3,2692	,08871
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,0865	
	Ourense	para la media	Límite superior	3,4519	
		Media		3,8125	,22765
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3273	
	A Coruña	para la media	Límite superior	4,2977	
		Media		3,5112	,09699
		95% de intervalo de confianza	Límite inferior	3,3137	
	18. Índice sintético (ISSP)	para la media	Límite superior	3,7088	

Santiago de Compostela	Media		3,4200	,15310
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,0970	
		Límite superior	3,7430	
Ferrol	Media		3,5623	,13771
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,2448	
		Límite superior	3,8799	
Pontevedra	Media		3,6954	,09689
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4900	
		Límite superior	3,9008	
Vigo	Media		3,5892	,08544
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,4147	
		Límite superior	3,7636	
Lugo	Media		3,4828	,08400
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,3098	
		Límite superior	3,6558	
Ourense	Media		4,0174	,09786
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	3,8088	
		Límite superior	4,2260	



8.9. Anexo 9: Porcentaje de encuestados que muestran una “percepción positiva” en las diferentes dimensiones estudiadas desagregadas por la UDMFYC.

Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	8	22,2	22,2	22,2
		Percepción Positiva	28	77,8	77,8	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	7	25,0	29,2	29,2
		Percepción Positiva	17	60,7	70,8	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
Total			28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	8	72,7	72,7	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	7	30,4	30,4	30,4
		Percepción Positiva	16	69,6	69,6	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	12	33,3	33,3	33,3
		Percepción Positiva	24	66,7	66,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	9	34,6	34,6	34,6
		Percepción Positiva	17	65,4	65,4	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	4	18,2	18,2	18,2
		Percepción Positiva	18	81,8	81,8	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	17	47,2	48,6	48,6
		Percepción Positiva	18	50,0	51,4	100,0
		Total	35	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,8		
	Total		36	100,0		
Santiago de Compostela	Válido	,00	8	28,6	36,4	36,4
		Percepción Positiva	14	50,0	63,6	100,0
		Total	22	78,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	21,4		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	6	54,5	54,5	54,5
		Percepción Positiva	5	45,5	45,5	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	9	39,1	39,1	39,1
		Percepción Positiva	14	60,9	60,9	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	12	33,3	34,3	34,3
		Percepción Positiva	23	63,9	65,7	100,0
		Total	35	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,8		
	Total		36	100,0		
Lugo	Válido	,00	8	30,8	30,8	30,8
		Percepción Positiva	18	69,2	69,2	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	6	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	16	72,7	72,7	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Trabajo en equipo

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	4	11,1	11,1	11,1
		Percepción Positiva	32	88,9	88,9	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	4	14,3	14,3	14,3
		Percepción Positiva	24	85,7	85,7	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	8	72,7	72,7	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	4	17,4	17,4	17,4
		Percepción Positiva	19	82,6	82,6	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	3	8,3	8,3	8,3
		Percepción Positiva	33	91,7	91,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	6	23,1	23,1	23,1
		Percepción Positiva	20	76,9	76,9	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	2	9,1	9,1	9,1
		Percepción Positiva	20	90,9	90,9	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Ritmo y carga de trabajo

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	25	69,4	69,4	69,4
		Percepción Positiva	11	30,6	30,6	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	15	53,6	53,6	53,6
		Percepción Positiva	13	46,4	46,4	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	6	54,5	54,5	54,5
		Percepción Positiva	5	45,5	45,5	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	13	56,5	56,5	56,5
		Percepción Positiva	10	43,5	43,5	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	25	69,4	69,4	69,4
		Percepción Positiva	11	30,6	30,6	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	19	73,1	73,1	73,1
		Percepción Positiva	7	26,9	26,9	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	15	68,2	68,2	68,2
		Percepción Positiva	7	31,8	31,8	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Formación del personal no sanitario

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	10	27,8	27,8	27,8
	Percepción Positiva		26	72,2	72,2	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	6	21,4	27,3	27,3
	Percepción Positiva		16	57,1	72,7	100,0
	Total		22	78,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	21,4		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	Percepción Positiva	10	90,9	100,0	100,0
	Perdidos	Sistema	1	9,1		
	Total		11	100,0		
Pontevedra	Válido	,00	6	26,1	28,6	28,6
	Percepción Positiva		15	65,2	71,4	100,0
	Total		21	91,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	8,7		
	Total		23	100,0		
Vigo	Válido	,00	7	19,4	21,2	21,2
	Percepción Positiva		26	72,2	78,8	100,0
	Total		33	91,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	8,3		
	Total		36	100,0		
Lugo	Válido	,00	12	46,2	46,2	46,2
	Percepción Positiva		14	53,8	53,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	7	31,8	38,9	38,9
	Percepción Positiva		11	50,0	61,1	100,0
	Total		18	81,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	18,2		
	Total		22	100,0		

Formación del personal sanitario

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	8	22,2	22,2	22,2
		Percepción Positiva	28	77,8	77,8	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	10	35,7	38,5	38,5
		Percepción Positiva	16	57,1	61,5	100,0
		Total	26	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	7,1		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	1	9,1	9,1	9,1
		Percepción Positiva	10	90,9	90,9	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	5	21,7	23,8	23,8
		Percepción Positiva	16	69,6	76,2	100,0
		Total	21	91,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	8,7		
	Total		23	100,0		
Vigo	Válido	,00	4	11,1	11,1	11,1
		Percepción Positiva	32	88,9	88,9	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	7	26,9	26,9	26,9
		Percepción Positiva	19	73,1	73,1	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	3	13,6	13,6	13,6
		Percepción Positiva	19	86,4	86,4	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Procedimientos establecidos en el centro

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	10	27,8	27,8	27,8
		Percepción Positiva	26	72,2	72,2	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	12	42,9	42,9	42,9
		Percepción Positiva	16	57,1	57,1	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	8	72,7	72,7	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	5	21,7	21,7	21,7
		Percepción Positiva	18	78,3	78,3	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	10	27,8	27,8	27,8
		Percepción Positiva	26	72,2	72,2	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	10	38,5	38,5	38,5
		Percepción Positiva	16	61,5	61,5	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	4	18,2	18,2	18,2
		Percepción Positiva	18	81,8	81,8	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	10	27,8	27,8	27,8
		Percepción Positiva	26	72,2	72,2	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	12	42,9	42,9	42,9
		Percepción Positiva	16	57,1	57,1	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	2	18,2	18,2	18,2
		Percepción Positiva	9	81,8	81,8	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	5	21,7	21,7	21,7
		Percepción Positiva	18	78,3	78,3	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	5	13,9	13,9	13,9
		Percepción Positiva	31	86,1	86,1	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	12	46,2	46,2	46,2
		Percepción Positiva	14	53,8	53,8	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	4	18,2	18,2	18,2
		Percepción Positiva	18	81,8	81,8	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Comunicación franca

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	6	16,7	16,7	16,7
		Percepción Positiva	30	83,3	83,3	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	4	14,3	16,7	16,7
		Percepción Positiva	20	71,4	83,3	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	30,0	30,0
		Percepción Positiva	7	63,6	70,0	100,0
		Total	10	90,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	9,1		
	Total		11	100,0		
Pontevedra	Válido	,00	5	21,7	21,7	21,7
		Percepción Positiva	18	78,3	78,3	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	4	11,1	11,4	11,4
		Percepción Positiva	31	86,1	88,6	100,0
		Total	35	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,8		
	Total		36	100,0		
Lugo	Válido	,00	5	19,2	19,2	19,2
		Percepción Positiva	21	80,8	80,8	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	3	13,6	13,6	13,6
		Percepción Positiva	19	86,4	86,4	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Seguimiento de la atención a los pacientes

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	3	8,3	8,3	8,3
		Percepción Positiva	33	91,7	91,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	3	10,7	10,7	10,7
		Percepción Positiva	25	89,3	89,3	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	8	72,7	72,7	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	4	17,4	18,2	18,2
		Percepción Positiva	18	78,3	81,8	100,0
		Total	22	95,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,3		
Total			23	100,0		
Vigo	Válido	,00	5	13,9	13,9	13,9
		Percepción Positiva	31	86,1	86,1	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	5	19,2	19,2	19,2
		Percepción Positiva	21	80,8	80,8	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	5	22,7	23,8	23,8
		Percepción Positiva	16	72,7	76,2	100,0
		Total	21	95,5	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,5		
Total			22	100,0		

Comunicación sobre el error

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	4	11,1	11,1	11,1
		Percepción Positiva	32	88,9	88,9	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	6	21,4	25,0	25,0
		Percepción Positiva	18	64,3	75,0	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	4	36,4	36,4	36,4
		Percepción Positiva	7	63,6	63,6	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	5	21,7	21,7	21,7
		Percepción Positiva	18	78,3	78,3	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	3	8,3	8,3	8,3
		Percepción Positiva	33	91,7	91,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	4	15,4	15,4	15,4
		Percepción Positiva	22	84,6	84,6	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	4	18,2	18,2	18,2
		Percepción Positiva	18	81,8	81,8	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	4	11,1	11,1	11,1
		Percepción Positiva	32	88,9	88,9	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	4	14,3	16,7	16,7
		Percepción Positiva	20	71,4	83,3	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	1	9,1	9,1	9,1
		Percepción Positiva	10	90,9	90,9	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	5	21,7	21,7	21,7
		Percepción Positiva	18	78,3	78,3	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	3	8,3	8,3	8,3
		Percepción Positiva	33	91,7	91,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	3	11,5	11,5	11,5
		Percepción Positiva	23	88,5	88,5	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	4	18,2	18,2	18,2
		Percepción Positiva	18	81,8	81,8	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	13	36,1	38,2	38,2
		Percepción Positiva	21	58,3	61,8	100,0
		Total	34	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	5,6		
	Total		36	100,0		
Santiago de Compostela	Válido	,00	11	39,3	42,3	42,3
		Percepción Positiva	15	53,6	57,7	100,0
		Total	26	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	7,1		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	8	72,7	72,7	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	6	26,1	27,3	27,3
		Percepción Positiva	16	69,6	72,7	100,0
		Total	22	95,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,3		
	Total		23	100,0		
Vigo	Válido	,00	2	5,6	5,6	5,6
		Percepción Positiva	34	94,4	94,4	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	12	46,2	46,2	46,2
		Percepción Positiva	14	53,8	53,8	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	5	22,7	23,8	23,8
		Percepción Positiva	16	72,7	76,2	100,0
		Total	21	95,5	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,5		
	Total		22	100,0		

Aprendizaje organizacional

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	8	22,2	22,2	22,2
		Percepción Positiva	28	77,8	77,8	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	6	21,4	23,1	23,1
		Percepción Positiva	20	71,4	76,9	100,0
		Total	26	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	7,1		
Total			28	100,0		
Ferrol	Válido	Percepción Positiva	11	100,0	100,0	100,0
Pontevedra	Válido	,00	3	13,0	13,0	13,0
		Percepción Positiva	20	87,0	87,0	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	2	5,6	5,6	5,6
		Percepción Positiva	34	94,4	94,4	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	3	11,5	11,5	11,5
		Percepción Positiva	23	88,5	88,5	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	2	9,1	9,1	9,1
		Percepción Positiva	20	90,9	90,9	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	12	33,3	33,3	33,3
		Percepción Positiva	24	66,7	66,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	6	21,4	21,4	21,4
		Percepción Positiva	22	78,6	78,6	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	3	27,3	27,3	27,3
		Percepción Positiva	8	72,7	72,7	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	7	30,4	30,4	30,4
		Percepción Positiva	16	69,6	69,6	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	2	5,6	5,6	5,6
		Percepción Positiva	34	94,4	94,4	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	4	15,4	15,4	15,4
		Percepción Positiva	22	84,6	84,6	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	2	9,1	9,1	9,1
		Percepción Positiva	20	90,9	90,9	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Puntuaciones globales sobre la calidad

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	12	33,3	33,3	33,3
		1,00	24	66,7	66,7	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	10	35,7	35,7	35,7
		1,00	18	64,3	64,3	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	4	36,4	36,4	36,4
		1,00	7	63,6	63,6	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	7	30,4	30,4	30,4
		1,00	16	69,6	69,6	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	11	30,6	30,6	30,6
		1,00	25	69,4	69,4	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	8	30,8	30,8	30,8
		1,00	18	69,2	69,2	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	2	9,1	9,1	9,1
		1,00	20	90,9	90,9	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	26	72,2	72,2	72,2
		Percepción Positiva	10	27,8	27,8	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	18	64,3	64,3	64,3
		Percepción Positiva	10	35,7	35,7	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	7	63,6	63,6	63,6
		Percepción Positiva	4	36,4	36,4	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	13	56,5	56,5	56,5
		Percepción Positiva	10	43,5	43,5	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	23	63,9	63,9	63,9
		Percepción Positiva	13	36,1	36,1	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	19	73,1	73,1	73,1
		Percepción Positiva	7	26,9	26,9	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	8	36,4	36,4	36,4
		Percepción Positiva	14	63,6	63,6	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Índice sintético (ISSP)

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	5	13,9	13,9	13,9
		Percepción Positiva	31	86,1	86,1	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	7	25,0	25,0	25,0
		Percepción Positiva	21	75,0	75,0	100,0
		Total	28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	Percepción Positiva	11	100,0	100,0	100,0
Pontevedra	Válido	,00	4	17,4	17,4	17,4
		Percepción Positiva	19	82,6	82,6	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	2	5,6	5,6	5,6
		Percepción Positiva	34	94,4	94,4	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	5	19,2	19,2	19,2
		Percepción Positiva	21	80,8	80,8	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	3	13,6	13,6	13,6
		Percepción Positiva	19	86,4	86,4	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

8.10. Anexo 10: Porcentaje de encuestados que muestran una “percepción claramente positiva” en las diferentes dimensiones estudiadas desagregadas por la UDMFYC.

Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y la calidad

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	31	86,1	86,1	86,1
		1,00	5	13,9	13,9	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	19	67,9	79,2	79,2
		1,00	5	17,9	20,8	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
		Total	28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	8	72,7	72,7	72,7
		1,00	3	27,3	27,3	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	15	65,2	65,2	65,2
		1,00	8	34,8	34,8	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	34	94,4	94,4	94,4
		1,00	2	5,6	5,6	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	22	84,6	84,6	84,6
		1,00	4	15,4	15,4	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	11	50,0	50,0	50,0
		1,00	11	50,0	50,0	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Intercambio de información

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	27	75,0	77,1	77,1
		1,00	8	22,2	22,9	100,0
	Total		35	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,8		
	Total		36	100,0		
Santiago de Compostela	Válido	,00	15	53,6	68,2	68,2
		1,00	7	25,0	31,8	100,0
	Total		22	78,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	21,4		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	7	63,6	63,6	63,6
		1,00	4	36,4	36,4	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	16	69,6	69,6	69,6
		1,00	7	30,4	30,4	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	25	69,4	71,4	71,4
		1,00	10	27,8	28,6	100,0
	Total		35	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,8		
	Total		36	100,0		
Lugo	Válido	,00	12	46,2	46,2	46,2
		1,00	14	53,8	53,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	14	63,6	63,6	63,6
		1,00	8	36,4	36,4	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Trabajo en equipo

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	12	33,3	33,3	33,3
		1,00	24	66,7	66,7	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	12	42,9	42,9	42,9
		1,00	16	57,1	57,1	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	5	45,5	45,5	45,5
		1,00	6	54,5	54,5	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	11	47,8	47,8	47,8
		1,00	12	52,2	52,2	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	10	27,8	27,8	27,8
		1,00	26	72,2	72,2	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	14	53,8	53,8	53,8
		1,00	12	46,2	46,2	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	6	27,3	27,3	27,3
		1,00	16	72,7	72,7	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Ritmo y carga de trabajo

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	33	91,7	91,7	91,7
		1,00	3	8,3	8,3	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	19	67,9	67,9	67,9
		1,00	9	32,1	32,1	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	9	81,8	81,8	81,8
		1,00	2	18,2	18,2	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	18	78,3	78,3	78,3
		1,00	5	21,7	21,7	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	35	97,2	97,2	97,2
		1,00	1	2,8	2,8	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	22	84,6	84,6	84,6
		1,00	4	15,4	15,4	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	20	90,9	90,9	90,9
		1,00	2	9,1	9,1	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Formación del personal no sanitario

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	17	47,2	47,2	47,2
		1,00	19	52,8	52,8	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	8	28,6	36,4	36,4
		1,00	14	50,0	63,6	100,0
	Total		22	78,6	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	21,4		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	4	36,4	40,0	40,0
		1,00	6	54,5	60,0	100,0
	Total		10	90,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	9,1		
	Total		11	100,0		
Pontevedra	Válido	,00	11	47,8	52,4	52,4
		1,00	10	43,5	47,6	100,0
	Total		21	91,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	8,7		
	Total		23	100,0		
Vigo	Válido	,00	10	27,8	30,3	30,3
		1,00	23	63,9	69,7	100,0
	Total		33	91,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	8,3		
	Total		36	100,0		
Lugo	Válido	,00	18	69,2	69,2	69,2
		1,00	8	30,8	30,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	10	45,5	55,6	55,6
		1,00	8	36,4	44,4	100,0
	Total		18	81,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	18,2		
	Total		22	100,0		

Formación del personal sanitario

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	21	58,3	58,3	58,3
		1,00	15	41,7	41,7	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	14	50,0	53,8	53,8
		1,00	12	42,9	46,2	100,0
		Total	26	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	7,1		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	6	54,5	54,5	54,5
		1,00	5	45,5	45,5	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	11	47,8	52,4	52,4
		1,00	10	43,5	47,6	100,0
		Total	21	91,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	8,7		
	Total		23	100,0		
Vigo	Válido	,00	13	36,1	36,1	36,1
		1,00	23	63,9	63,9	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	13	50,0	50,0	50,0
		1,00	13	50,0	50,0	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	10	45,5	45,5	45,5
		1,00	12	54,5	54,5	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Procedimientos establecidos en el centro

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	20	55,6	55,6	55,6
		1,00	16	44,4	44,4	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	18	64,3	64,3	64,3
		1,00	10	35,7	35,7	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	9	81,8	81,8	81,8
		1,00	2	18,2	18,2	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	13	56,5	56,5	56,5
		1,00	10	43,5	43,5	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	21	58,3	58,3	58,3
		1,00	15	41,7	41,7	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	21	80,8	80,8	80,8
		1,00	5	19,2	19,2	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	14	63,6	63,6	63,6
		1,00	8	36,4	36,4	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Procedimientos establecidos en el centro. Profesionales Sanitarios

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	21	58,3	58,3	58,3
		1,00	15	41,7	41,7	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	18	64,3	64,3	64,3
		1,00	10	35,7	35,7	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	9	81,8	81,8	81,8
		1,00	2	18,2	18,2	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	10	43,5	43,5	43,5
		1,00	13	56,5	56,5	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	21	58,3	58,3	58,3
		1,00	15	41,7	41,7	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	22	84,6	84,6	84,6
		1,00	4	15,4	15,4	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	11	50,0	50,0	50,0
		1,00	11	50,0	50,0	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Comunicación franca

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	18	50,0	50,0	50,0
		1,00	18	50,0	50,0	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	17	60,7	70,8	70,8
		1,00	7	25,0	29,2	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	5	45,5	50,0	50,0
		1,00	5	45,5	50,0	100,0
		Total	10	90,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	9,1		
	Total		11	100,0		
Pontevedra	Válido	,00	14	60,9	60,9	60,9
		1,00	9	39,1	39,1	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	16	44,4	45,7	45,7
		1,00	19	52,8	54,3	100,0
		Total	35	97,2	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	2,8		
	Total		36	100,0		
Lugo	Válido	,00	18	69,2	69,2	69,2
		1,00	8	30,8	30,8	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	6	27,3	27,3	27,3
		1,00	16	72,7	72,7	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Seguimiento de la atención a los pacientes

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	14	38,9	38,9	38,9
		1,00	22	61,1	61,1	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	17	60,7	60,7	60,7
		1,00	11	39,3	39,3	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	5	45,5	45,5	45,5
		1,00	6	54,5	54,5	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	9	39,1	40,9	40,9
		1,00	13	56,5	59,1	100,0
	Total		22	95,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,3		
Total			23	100,0		
Vigo	Válido	,00	11	30,6	30,6	30,6
		1,00	25	69,4	69,4	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	17	65,4	65,4	65,4
		1,00	9	34,6	34,6	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	5	22,7	23,8	23,8
		1,00	16	72,7	76,2	100,0
	Total		21	95,5	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,5		
Total			22	100,0		

Comunicación sobre el error

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	11	30,6	30,6	30,6
		1,00	25	69,4	69,4	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	11	39,3	45,8	45,8
		1,00	13	46,4	54,2	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
Total			28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	5	45,5	45,5	45,5
		1,00	6	54,5	54,5	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	13	56,5	56,5	56,5
		1,00	10	43,5	43,5	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	16	44,4	44,4	44,4
		1,00	20	55,6	55,6	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	9	34,6	34,6	34,6
		1,00	17	65,4	65,4	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	7	31,8	31,8	31,8
		1,00	15	68,2	68,2	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Comunicación sobre el error. Profesionales Sanitarios

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	16	44,4	44,4	44,4
		1,00	20	55,6	55,6	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	15	53,6	62,5	62,5
		1,00	9	32,1	37,5	100,0
		Total	24	85,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	14,3		
Total			28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	6	54,5	54,5	54,5
		1,00	5	45,5	45,5	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	12	52,2	52,2	52,2
		1,00	11	47,8	47,8	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	19	52,8	52,8	52,8
		1,00	17	47,2	47,2	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	10	38,5	38,5	38,5
		1,00	16	61,5	61,5	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	6	27,3	27,3	27,3
		1,00	16	72,7	72,7	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	20	55,6	58,8	58,8
		1,00	14	38,9	41,2	100,0
	Total		34	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	5,6		
	Total		36	100,0		
Santiago de Compostela	Válido	,00	20	71,4	76,9	76,9
		1,00	6	21,4	23,1	100,0
	Total		26	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	7,1		
	Total		28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	6	54,5	54,5	54,5
		1,00	5	45,5	45,5	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	16	69,6	72,7	72,7
		1,00	6	26,1	27,3	100,0
	Total		22	95,7	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,3		
	Total		23	100,0		
Vigo	Válido	,00	14	38,9	38,9	38,9
		1,00	22	61,1	61,1	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	17	65,4	65,4	65,4
		1,00	9	34,6	34,6	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	11	50,0	52,4	52,4
		1,00	10	45,5	47,6	100,0
	Total		21	95,5	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	4,5		
	Total		22	100,0		

Aprendizaje organizacional

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	19	52,8	52,8	52,8
		1,00	17	47,2	47,2	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	10	35,7	38,5	38,5
		1,00	16	57,1	61,5	100,0
		Total	26	92,9	100,0	
	Perdidos	Sistema	2	7,1		
Total			28	100,0		
Ferrol	Válido	,00	5	45,5	45,5	45,5
		1,00	6	54,5	54,5	100,0
		Total	11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	8	34,8	34,8	34,8
		1,00	15	65,2	65,2	100,0
		Total	23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	6	16,7	16,7	16,7
		1,00	30	83,3	83,3	100,0
		Total	36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	11	42,3	42,3	42,3
		1,00	15	57,7	57,7	100,0
		Total	26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	5	22,7	22,7	22,7
		1,00	17	77,3	77,3	100,0
		Total	22	100,0	100,0	

Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	18	50,0	50,0	50,0
		1,00	18	50,0	50,0	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	14	50,0	50,0	50,0
		1,00	14	50,0	50,0	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	4	36,4	36,4	36,4
		1,00	7	63,6	63,6	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	14	60,9	60,9	60,9
		1,00	9	39,1	39,1	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	13	36,1	36,1	36,1
		1,00	23	63,9	63,9	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	14	53,8	53,8	53,8
		1,00	12	46,2	46,2	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	9	40,9	40,9	40,9
		1,00	13	59,1	59,1	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Puntuaciones globales sobre la calidad

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	22	61,1	61,1	61,1
		1,00	14	38,9	38,9	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	16	57,1	57,1	57,1
		1,00	12	42,9	42,9	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	6	54,5	54,5	54,5
		1,00	5	45,5	45,5	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	18	78,3	78,3	78,3
		1,00	5	21,7	21,7	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	29	80,6	80,6	80,6
		1,00	7	19,4	19,4	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	20	76,9	76,9	76,9
		1,00	6	23,1	23,1	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	7	31,8	31,8	31,8
		1,00	15	68,2	68,2	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Puntuaciones globales en seguridad del paciente (G2)

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	28	77,8	77,8	77,8
		1,00	8	22,2	22,2	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	21	75,0	75,0	75,0
		1,00	7	25,0	25,0	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	8	72,7	72,7	72,7
		1,00	3	27,3	27,3	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	20	87,0	87,0	87,0
		1,00	3	13,0	13,0	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	29	80,6	80,6	80,6
		1,00	7	19,4	19,4	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	25	96,2	96,2	96,2
		1,00	1	3,8	3,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	11	50,0	50,0	50,0
		1,00	11	50,0	50,0	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

Índice sintético (ISSP)

UDMFYC			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
A Coruña	Válido	,00	28	77,8	77,8	77,8
		1,00	8	22,2	22,2	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Santiago de Compostela	Válido	,00	21	75,0	75,0	75,0
		1,00	7	25,0	25,0	100,0
	Total		28	100,0	100,0	
Ferrol	Válido	,00	8	72,7	72,7	72,7
		1,00	3	27,3	27,3	100,0
	Total		11	100,0	100,0	
Pontevedra	Válido	,00	20	87,0	87,0	87,0
		1,00	3	13,0	13,0	100,0
	Total		23	100,0	100,0	
Vigo	Válido	,00	29	80,6	80,6	80,6
		1,00	7	19,4	19,4	100,0
	Total		36	100,0	100,0	
Lugo	Válido	,00	25	96,2	96,2	96,2
		1,00	1	3,8	3,8	100,0
	Total		26	100,0	100,0	
Ourense	Válido	,00	11	50,0	50,0	50,0
		1,00	11	50,0	50,0	100,0
	Total		22	100,0	100,0	

8.11. Anexo 11: Artículo “La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia”.

La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia

<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-la-cultura-seguridad-del-paciente-S0212656716305613>





8.12. Anexo 12: Artículo “Error humano, seguridad del paciente y formación médica”.

EDUMED-D-17-00070R1: decisión de los editores / editorial decision

Educación Médica <eesserver@eesmail.elsevier.com>

vie 28/07/2017 12:52

Para: Portela Romero, Manuel <manuel.portela.romero@sergas.es>; manuelportela@mundo-r.com <manuelportela@mundo-r.com>;

Apreciado Dr. Portela Romero.

Le comunicamos que su manuscrito "Error humano, seguridad del paciente y formación médica; Human error, patient safety and medical training" (Ref. EDUMED-D-17-00070R1) ha sido aceptado para su publicación en Educación Médica.

Recuerde que en su momento le remitiremos las pruebas de autor en formato pdf a esta misma dirección electrónica.

Reciba un cordial saludo,

Educación Médica

AUTORES:

- Manuel Portela Romero. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Tutor de residentes de medicina familiar y comunitaria. Jefe de Servicio de Atención Primaria. Estructura Organizativa de Gestión Integral del Área Sanitaria de Santiago de Compostela. Servicio Gallego de Salud.
- Rosendo Bugarín González. Doctor en Medicina. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia de Conocimiento en Salud, ACIS. Consejería de Sanidad. Xunta de Galicia.
- María Sol Rodríguez Calvo. Catedrática del Departamento de Anatomía Patológica y Ciencias Forenses. Instituto de Ciencias Forenses. Facultad de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.

Título: Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina

Resumen

A pesar de que se tiene la expectativa de que los médicos deben de tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica del 100%, lo cierto es que la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción, ya que, por naturaleza, es una ciencia imperfecta, y la expectativa de la perfección no es ni realista ni posible. Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia y mitigar las consecuencias de los errores médicos. La complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud ha llevado a considerar que, para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios. En la situación actual, la seguridad del paciente es uno de los nuevos desafíos que debe afrontar la educación médica tanto en el pregrado como en el postgrado. Esto pasa por incorporar la cultura de la seguridad del paciente a los planes de formación de los médicos residentes en particular y de otras profesiones sanitarias en general. El presente artículo es una revisión sobre este tema.

- Palabras clave: Errores Médicos; Seguridad del Paciente; Educación Médica.

Abstract

Despite of the expectation that physicians must have a diagnostic and therapeutic reliability of 100%, the truth is that the human condition is linked to error in any activity and the practical exercise of medicine is no exception, as it is by nature imperfect science, and the expectation of perfection is neither realistic nor possible. This does not mean that nothing can be done to decrease the frequency and mitigate the consequences of medical errors. The complexity of health organizations and health processes has led us to consider that, in order to guarantee the quality of care and patient safety, new models of training of health professionals are needed. In the current situation, patient safety is one of the new challenges facing medical education in undergraduate and postgraduate courses. This involves incorporating the culture of patient safety into the training plans of resident physicians in particular and other health professions in general. This article is a review on this topic.

- Keywords: Medical Errors; Patient Safety; Education, Medical.

Título: Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina

Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso según mis facultades y mi entender, evitando todo mal y toda injusticia.

Juramento hipocrático

Error humano y medicina

A pesar de que se tiene la expectativa de que los médicos deben de tener una fiabilidad diagnóstica y terapéutica del 100%, lo cierto es que la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción, ya que, por naturaleza, es una ciencia imperfecta, y la expectativa de la perfección no es ni realista ni posible. Esto no quiere decir que no se pueda hacer nada para disminuir la frecuencia y mitigar las consecuencias de los errores médicos, que se estima que son la tercera causa de mortalidad en Estados Unidos¹.

A finales del siglo XX, el psicólogo cognitivo James Reason, profesor de la Universidad de Manchester, y experto reconocido en el estudio del error humano en sistemas tecnológicos de alto riesgo, describió el error humano como la ejecución no intencionada de un plan incorrecto para lograr un objetivo o la ejecución no adecuada de una acción planificada². Esto significa que el plan puede ser apropiado, pero las acciones asociadas a él no se producen según lo previsto o que las acciones se realizan como estaba previsto, pero el plan no es suficiente para lograr el resultado deseado.

Para entender la forma en como los errores suceden y cómo comprometen la seguridad del paciente (SP), Reason propone estudiar el error humano desde dos enfoques³:

- Centrado en las personas o modelo personal clásico.
- Centrado en los sistemas o modelo sistémico.

El enfoque centrado en las personas, cuya premisa es que las personas son la causa de los errores, es el que tradicionalmente ha sido aceptado y entiende que los errores son la causa de los efectos adversos. Los errores se perciben como actos inseguros derivados principalmente de los procesos mentales incorrectos, tales como lapsus de memoria, falta de atención, falta de motivación, descuido, abandono e imprudencia.

La estrategia de actuación para prevenir y tratar los errores desde el enfoque centrado en las personas es culpabilizar y castigar (*Name, Blame & Shame*): la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error es buscar al culpable y castigarlo. Según una encuesta realizada en el 2016 por la *Agency for Healthcare Research and Quality* de los Estados Unidos,

el 55% de los miembros del personal sanitario de los hospitales cree que sus instituciones responden a los errores de una manera punitiva⁴. Sin embargo, culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución.

La medicina se ha concebido tradicionalmente como un acto de gran confianza entre el paciente y el médico. Si desaparece esta confianza se corre el riesgo de que se instaure la medicina defensiva, que no deja de ser la práctica de la medicina basada en la desconfianza⁵. Se entiende por medicina defensiva a la sustitución del buen juicio médico por una práctica asistencial que, en la evaluación de las pruebas o tratamientos que han de aplicarse en un proceso clínico concreto, atiende más al riesgo de que el profesional sea objeto de una reclamación por parte del paciente o sus familiares, que a la evidencia científica o utilidad terapéutica⁶. El profesional médico, bajo la influencia de la medicina defensiva, desarrolla un conjunto de conductas consistentes en extremar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aun pudiendo ser éstos de escasa efectividad o innecesarios, ocasionando de esta manera gastos excesivos en la atención realizada y sometiendo al paciente a inconvenientes innecesarios y a riesgos evitables.

De acuerdo con un estudio publicado en 2005 en la revista JAMA⁷, más del 90% de los médicos estadounidenses encuestados admitieron que en alguna ocasión habían realizado prácticas compatibles con la medicina defensiva.

Históricamente, la medicina defensiva adquiere relevancia en los Estados Unidos en la década de los setenta del siglo XX, cuando los avances y la especialización en medicina, junto a la progresiva modernización de la tecnología aplicada, propiciaron una transformación irreal en las expectativas de vida y de curación de los pacientes y como consecuencia esperable, la espiral creciente de demandas contra los médicos por expectativas no cumplidas⁸.

Ante esta situación que modifica la práctica médica, debemos plantearnos la pregunta de si es ética la medicina defensiva. La medicina defensiva además de deteriorar la relación médico-paciente, propicia la pérdida de la confianza entre ambos y, si se produce una queja formal o demanda, ocasiona pérdida de la confianza del médico en sí mismo⁹ y favorece posteriormente un incremento del proceder defensivo por su parte¹⁰. La medicina defensiva es contraria al principio de justicia o de distribución equitativa de recursos por su gran impacto en el coste¹¹. Asimismo, aumenta innecesariamente el riesgo al que se somete al paciente al implementar pruebas o tratamientos no indicados, por lo que pone en peligro su seguridad, es decir, es una conducta también contraria al principio de no-maleficencia. Si tenemos en cuenta que la medicina defensiva provoca que el médico actúe sobre la premisa de una actitud

autoprotectora y no por los intereses del paciente o en la búsqueda su bien, entonces podemos deducir que se menoscaban los principios de autonomía y beneficencia.

A pesar de que un estudio observacional publicado en 2015 sugiere que un mayor uso de recursos, ya sea por medicina defensiva o no, se asocia con un menor número de reclamaciones por mala praxis¹², muchos autores consideran la medicina defensiva un remedio peor que la enfermedad¹³.

A diferencia de la visión anterior, el enfoque centrado en los sistemas tiene la premisa básica de que los seres humanos fallan y los errores son esperables o previsibles, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se muestran como consecuencia y no como causa, que tienen su origen no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en fallos latentes en el entorno asistencial y son consecuencia de los procesos y procedimientos que se aplican. Reason considera que, aunque no se puede cambiar la condición humana, se pueden modificar las condiciones en las que los seres humanos trabajan. De acuerdo con el enfoque centrado en los sistemas, la SP se debe basar en aprender de los errores para intentar evitarlos mediante una gestión proactiva del riesgo, en lugar de una acción reactiva y punitiva, centrada en el fracaso humano como la única causa de los eventos adversos.

La OMS define la SP como la ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, del riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria¹⁴. En esta definición es importante indicar que el concepto de “nivel mínimo aceptable” hace referencia al nivel de conocimiento actual, los recursos disponibles y el contexto en que se produce la atención, frente al riesgo de no tratamiento o de recibir otro tratamiento alternativo.

Formación médica y seguridad del paciente

Eliot Freidson, sociólogo de la Universidad de Nueva York que estudió el funcionamiento interno de las profesiones en la sociedad, distinguía tres tipos de trabajos en las sociedades complejas actuales¹⁵. En primer lugar, se encontraría el trabajo no especializado, que puede desarrollarse disponiendo del conocimiento ordinario al que tiene acceso prácticamente toda la población en las sociedades occidentales. En segundo lugar, el trabajo especializado, que requiere un aprendizaje más formal y unos conocimientos y habilidades específicos de la labor a realizar; es lo que se denomina oficio. Por último, estarían las profesiones que, además de requerir conocimientos y habilidades bien determinados, requieren también actitudes específicas y un largo proceso de educación y de evaluación regladas para cumplir con los estándares establecidos. Eliot Freidson, que se interesó durante su carrera profesional especialmente por la manera en la que los médicos están organizados para practicar la medicina, situaba en este tercer nivel a la profesión médica. De manera análoga, el psiquiatra y catedrático James A. Knight indicaba, en 1981, que la formación médica es un proceso de

socialización donde no solo es importante la adquisición de conocimientos y destrezas, sino también el desarrollo de actitudes y valores¹⁶. En este sentido, ya sea por los cambios en el conocimiento o por los cambios en la praxis, la educación médica es un permanente desafío en todo su itinerario (formación pregrado, postgrado y formación continuada).

La complejidad de las organizaciones sanitarias y de los procesos de salud ha llevado a considerar que, para garantizar la calidad de los cuidados y la seguridad de los pacientes, son necesarios nuevos modelos de entrenamiento de los profesionales sanitarios. En la situación actual, la SP es uno de los nuevos desafíos que debe afrontar la educación médica tanto en el pregrado como en el postgrado.

En el año 2007, la *Association for Medical Education in Europe* recomendó que la SP debía estar integrada en el programa de estudios¹⁷. En el mismo año, un grupo de educadores médicos internacionales¹⁸ identificó varias áreas prioritarias en formación sobre SP. Estas recomendaciones incluyen diversos enfoques dirigidos a:

- Aumentar el conocimiento de la SP, conocer las causas y frecuencia.
- Desarrollar la voluntad de asumir la responsabilidad.
- Desarrollar la auto-conciencia de las situaciones en las que la SP es comprometida.
- Desarrollar habilidades de comunicación, especialmente interpersonales.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo.
- Desarrollar habilidades de análisis de causa raíz.
- Desarrollar habilidades en la prescripción segura y procedimientos.
- Desarrollar habilidades para capacitar a los pacientes a tener una participación en la SP.
- Desarrollar habilidades para hacer frente a las consecuencias de los errores.

En 2011, la OMS presentó la versión multiprofesional de la Guía Curricular sobre SP¹⁹, para formar futuros profesionales de la salud. Dicha guía promueve la necesidad de la educación en SP para mejorar la seguridad en la atención sanitaria. La guía es una importante herramienta destinada a ayudar a universidades y escuelas de medicina, enfermería, obstetricia, odontología y farmacia para enseñar pautas de SP. También apoya la capacitación de todos los profesionales de la salud en una serie de conceptos prioritarios de la SP para mejorar el aprendizaje.

En 2005, Halbach y Sullivan publicaron un trabajo²⁰ en el que se evaluaba la efectividad de un currículo breve sobre la SP y los errores médicos con los estudiantes de tercer año de medicina. De 2000 a 2003, los estudiantes de medicina de tercer año de Nueva York fueron obligados a participar en un nuevo programa formativo sobre la SP y los errores médicos

durante sus prácticas de medicina familiar. Un total de 572 estudiantes participaron en un programa de cuatro horas que incluyó discusión interactiva, lecturas, una sesión de video con un paciente estandarizado, y un pequeño grupo de debate moderado por un médico de familia. Antes y después de participar en el programa, se pidió a los estudiantes que completaran cuestionarios sobre autoconciencia acerca de la comunicación y SP. También se distribuyeron evaluaciones curriculares y encuestas de seguimiento. El 89% de los estudiantes informaron que la oportunidad de realizar una sesión clínica sobre un error incrementó su confianza en discutir este tema con los pacientes y el 94% manifestó que estaban satisfechos con la realización del ejercicio estandarizado, calificando la experiencia de aprendizaje útil. Se evaluaron un total de 535 cuestionarios pre y posformación. Este análisis reveló un aumento estadísticamente significativo en el autoinforme de la conciencia sobre las fortalezas y las debilidades de los estudiantes en la comunicación de errores médicos a los pacientes. Estos hallazgos sugieren que se puede aumentar y mantener la conciencia sobre la SP y el error médico a través del uso de un currículo experimental, y los estudiantes calificaron esto como una experiencia valiosa.

En 2015, Farnan y colaboradores²¹ publicaron un interesante y novedoso estudio realizado con estudiantes de medicina y médicos internos residentes en el que se intentaba evaluar las habilidades de seguridad, con el objetivo de desarrollar y pilotar una simulación centrada en la seguridad y en los peligros que conlleva la hospitalización. Se diseñó una simulación que mostraba amenazas de seguridad comunes en el medio hospitalario. Se creó un escenario de casos que incluía la información destacada del paciente y las amenazas simuladas de seguridad, como el uso de restricciones físicas en las extremidades superiores y errores de medicación. Después de entrar en la habitación y revisar la gráfica simulada, los estudiantes y médicos internos residentes fueron cronometrados y se les pidió que identificaran y documentaran los peligros de seguridad que detectaban. Algunos riesgos fueron identificados por la mayoría de los estudiantes (riesgo de caídas: 83% de los estudiantes), mientras que otros fueron raramente identificados (ausencia de profilaxis de trombosis venosa profunda: 13% de los estudiantes). Sólo el 5% de los estudiantes identificaron correctamente el riesgo de úlcera por presión. Los médicos internos fueron capaces de identificar una media de 5 peligros de los 9 existentes, destacando, con un 40% de identificaciones, las medidas de restricción inapropiadas, y, con el 20% de identificaciones, la detección de indicación inadecuada de sonda urinaria. Los autores concluyeron que una simulación que muestre los riesgos de seguridad es una manera factible y efectiva de introducir a los participantes en los contenidos de la SP. A pesar de que tuvieron dificultades para identificar los peligros comunes de la

hospitalización, los estudiantes y médicos internos calificaron positivamente la experiencia por su utilidad clínica.

En 2003, Balwin y colaboradores seleccionaron una muestra aleatoria de médicos residentes de primer y segundo año utilizando la base de datos de la *American Medical Association* sobre educación médica de posgrado²². Los residentes completaron una encuesta sobre su experiencia de residencia. Se recibieron encuestas completas de 3.604 de los 5.616 (64,2%) residentes contactados. Los de primer año manifestaron trabajar un promedio de 83 horas a la semana frente a 76.2 horas para los de segundo año. Las horas totales de trabajo se correlacionaron significativamente con el estrés informado y las horas de sueño por semana. Los residentes con un promedio de más de 80 horas de trabajo por semana o con jornadas con menos de 5 horas de sueño tenían más probabilidades de estar involucrados en un accidente personal o lesión, un conflicto serio con otros miembros del personal y de sufrir un error médico significativo²³.

Diversos estudios publicados sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente (CSP) entre médicos residentes^{24, 25, 26, 27} revelan que las mejores puntuaciones fueron obtenidas por los residentes de primer año y las peores por los residentes de último año. Con respecto a este último punto, es conocido que a los residentes en su formación práctica se les va inculcando de manera progresiva la importancia de ser resolutivos en el trabajo asistencial, pero no deja de ser paradójico que a medida que implementan su capacidad resolutive, empeora su percepción de la SP. Esto nos podría indicar que los conocimientos adquiridos en la formación pregrado sobre SP se van difuminando por falta de refuerzos a medida que los residentes van adquiriendo habilidades y responsabilidades clínicas y probablemente por una inadecuada priorización de la capacidad resolutive. Esta situación no es la ideal y va claramente en detrimento de la CSP.

En 2015, con el objetivo de determinar la percepción que tienen los médicos residentes de MFyC²⁸ sobre las diferentes dimensiones de la SP, se realizó un estudio transversal descriptivo mediante el cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC)²⁹, dirigido a los 368 médicos residentes que estaban realizando su periodo formativo en 2015 en Galicia. En los resultados destacan que, en la percepción de la CSP, las mejores puntuaciones fueron obtenidas por los residentes de primer y segundo año y las peores los residentes de último año.

En 2016, González-Formoso demostró, mediante un estudio experimental unifactorial de dos grupos (control e intervención), llevado a cabo con tutores y residentes de MFyC de Galicia³⁰, que una intervención educativa es efectiva para mejorar la CSP³¹.

Si tenemos en cuenta que los médicos residentes interiorizan durante su periodo formativo actitudes, valores y comportamientos profesionales y humanísticos, que aprenden observando y trabajando con otros profesionales, que tienen jornadas de largas horas de trabajo, que están bajo un riesgo mayor de presentar incidencia de errores y que, a medida que progresa su formación, su CSP cada vez es más frágil, concluir que una buena formación médica es importante para evitar errores podría parecer una obviedad. Sin embargo, teniendo en cuenta que en el programa de la especialidad de MFyC la SP tiene una presencia marginal³² consideramos necesario realizar la propuesta de incluir la SP entre las competencias que el médico residente de MFyC debe adquirir. Entre las medidas dirigidas a corregir estas áreas deficitarias se podría proponer la inclusión de la SP dentro de las habilidades y competencias propias del médico residente de MFyC, además de potenciar y favorecer el conocimiento, por parte de estos residentes, del Sistema de Notificación y Aprendizaje para la SP (SiNASP) del Ministerio de Sanidad³³, con el objeto de que se familiaricen con los sistemas de notificación de errores y favorecer una actitud crítica y de autoaprendizaje. Asimismo, dado que la SP no es una disciplina tradicional independiente, sino que se integra en todas las áreas de Medicina, es importante que la estrategia educativa sobre SP obligue a los profesionales a reflexionar sobre su práctica, para lo que se propone la utilización de la simulación del error como método de aprendizaje. Puesto que en la práctica clínica los errores deben evitarse y tienden a ocultarse, no es posible el entrenamiento en situaciones que se originan por la ocurrencia de éstos³⁴. El gran desarrollo tecnológico ha permitido, además, la irrupción de la simulación técnica que permite recrear y construir procesos del mundo real para el aprendizaje de ciertos contenidos y competencias. Durante la simulación es posible permitir el mantenimiento del error y repetirlo todas las veces que sea necesario, de manera que el alumno conozca sus consecuencias, aprenda a reconocerlo y a tratarlo adecuadamente. Evidentemente, esto no es factible de plantear en un paciente real. El hecho de que los errores puedan estar presentes en todas las etapas de la vida profesional del personal médico, hace de las tecnologías de simulación una herramienta útil tanto en alumnos de pregrado como en procesos de educación continua y recertificación. Una ventaja adicional está en el hecho de que la simulación del error, al no traducirse daño para el paciente, facilita su discusión y aprendizaje. Además, permite respetar mejor los derechos de los pacientes que contribuyen a la formación médica práctica³⁵.

Los médicos residentes de MFyC son los únicos profesionales médicos que durante su periodo formativo realizan sus funciones asistenciales en el medio hospitalario, en atención primaria (AP) y en los distintos dispositivos de urgencias. Por este carácter transversal, la evaluación de la CSP en este colectivo puede trascender a la especialidad de MFyC. va que. de manera

indirecta, nos da una visión de la situación global de la CSP en una determinada organización sanitaria integrada (hay que tener en cuenta que en la actualidad el estudio de la CSP en el medio hospitalario y en AP se realiza de manera separada), de tal modo que las recomendaciones que se realicen para mejorar la CSP en los residentes de MFyC tal vez habría que aplicarlas a otras especialidades³⁶.

En definitiva, el enfoque punitivo tradicional de los errores médicos no conduce a su prevención y tiene consecuencias negativas como su ocultamiento³⁷ y la medicina defensiva. Es preciso cambiar de paradigma centrando su abordaje dentro de un modelo sistémico. Esto pasa por incorporar la CSP a los planes de formación de los médicos residentes en particular³⁸ y de otras profesiones sanitarias en general.

Bibliografía

¹Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ [Internet] 2016 [consultado 19 de diciembre de 2016];353:i2139. Disponible en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139>

²Reason J. Human error. Cambridge University Press, 1990.

³Reason J. Safety in the operating theatre. Part 2: Human error and organisational failure. Current Anaesthesia & Critical Care. 1995;6:121-126.

⁴10. Famolaro T, Yount N, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report [Internet]. 1st ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services; 2016 [consultado el 27 de diciembre de 2016]. Disponible en:

http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalsops_report_pt1.pdf

⁵De Lorenzo R. Medicina defensiva vs. Seguridad clínica [Internet]. Derecho Sanitario. 2011 [consultado el 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://derechosanitario-rdl.blogspot.com.es>

⁶Rosenblatt R, Detering B. Changing patterns of obstetric practice in Washington State: the impact of tort reform. Fam Med. 1988;20:101-107.

⁷Studdert D, Mello M, Sage W, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, Brennan T. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. JAMA. 2005;293:2609-2617

⁸Chavarria-Islas R, González-Rodríguez B. Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos. CONAMED. 2008;13:20-28.

⁹Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, Dierickx S, Euwema M, Sermeus W et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. *Med Care*. 2016;54:937-943.

¹⁰Erder E. Reviews and Notes: Ethics: Standard of Care: The Law of American Bioethics. *Ann Intern Med* 1994; 120:448.

¹¹Rothberg M, Class J, Bishop T, Friderici J, Kleppel R, Lindenauer P. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Intern Med*. 2014;174:1867-1868.

¹²Jena A, Schoemaker L, Bhattacharya J, Seabury S. Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study. *BMJ*. 2015;351:h5516

¹³Scherz H, Oliver W. Defensive Medicine: A Cure Worse Than The Disease [Internet] 2013 [consultado el 20 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.forbes.com/sites/realspin/2013/08/27/defensive-medicine-a-cure-worse-than-the-disease/#15d826b3358f>

¹⁴World Alliance for Patient Safety. Más que palabras Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. WHO-WHA; 2009 [consultado el 3 mayo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

¹⁵Freidson E. Profesionalism. The third logic. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.

¹⁶Knight J. Doctor-To-Be: Coping With the Trials and Triumphs of Medical School. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

¹⁷Association for Medical Education in Europe, Trondheim, Norway: 2007 Aug 25-29, <http://www.amee.org/>.

¹⁸Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: Priority areas for curriculum development. *Med Teach*. 2007;29:60-61.

¹⁹Patient safety curriculum guide. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2011.

²⁰Halbach J, Sullivan L. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Acad Med.* 2005 Jun;80:600-606.

²¹Farnan J, Gaffney S, Poston J, Slawinski K, Cappaert M, Kamin B et al. Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation. *BMJ Qual Saf.* 2015;25:153-158.

²²Baldwin D, Daugherty S, Tsai R, Scotti M. A national survey of residents' self-reported work hours: thinking beyond specialty. *Acad Med.* 2003;78:1154-1163.

²³Baldwin D, Daugherty S. Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second-year residents. *Sleep.* 2004;27:217-222.

²⁴Ginsburg LR, Tregunno D, Norton PG. Self-reported patient safety competence among new graduates in medicine, nursing and pharmacy. *BMJ Qual Saf.* 2013;22:147-154.

²⁵Moris DT, Galiana MD, Luno FE, Gómez MJ, Solis SG. Survey on the culture of patient safety among spanish health care residents. *Am J Med Qual.* 2013;28:434-442.

²⁶Gutiérrez I, de Cos PM, Juan AY, Obón B, Alonso Á, Martín MC, et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Med Clin (Barc).* 2010;135:37-44.

²⁷Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado I, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar J, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Rev Calid Asist.* 2014;29:143-149.

²⁸Portela Romero M, Bugarín González R, Rodríguez Calvo M. La cultura de seguridad del paciente en los médicos internos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Galicia. *Aten Primaria* 2017;49:343-350.

²⁹HRQ.gov. Medical Office Survey on Patient Safety Culture | Agency for Healthcare Research & Quality (AHRQ) [Internet]. 2016 [consultado el 3 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/>

³⁰González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MJ, Rial A, Lago-Deibe FI, Ramil-Hermida L, et al. Adverse Events Analysis As An Educational Tool To Improve Patient Safety Culture In Primary Care: A Randomized Trial. *BMC Fam Pract.* 2011;12:50.

³¹González-Formoso C. La investigación de incidentes y eventos adversos como herramienta para mejorar la cultura de seguridad de pacientes [Doctorado]. Universidade da Coruña; 2016. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/17751>

³²Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 150 (3 de mayo de 2005).

³³Sistema para la Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente SINASP [Internet] 2016 [consultado el 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.sinasp.es>

³⁴Utili-Ramírez F. Simulación en el aprendizaje, práctica y certificación de las competencias en medicina. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet] 2007 [consultado 17 de diciembre de 2016] 36(2):152-163. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v36i2.154>

³⁵Ibáñez-Anrique L. La educación médica hoy. ARS MEDICA Rev de Ciencias Médicas [Internet] 2016 [consultado 17 de diciembre de 2016] 41(2):3-4. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v41i2.395>

³⁶Kassam A, Sharma N, Harvie M, O'Beirne M, Topps M. Patient safety principles in family medicine residency accreditation standards and curriculum objectives: Implications for primary care. Can Fam Physician. 2016;62:e731-e739.

³⁷Fallowfield L. Communication with patients after errors. J Health Serv Res Policy. 2010; 15:56-59.

³⁸Ruedinger E, Olson M, Yee J, Borman-Shoap E, Olson A. Education for the Next Frontier in Patient Safety: A Longitudinal Resident Curriculum on Diagnostic Error. Am J Med Qual. 2016. pii: 1062860616681626. [Epub ahead of print]



8. Bibliografía.

- ¹ Martín Zurro A. Atención Primaria de Salud. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
- ² Torijano ML, et al. La cultura de la seguridad del paciente en Atención Primaria. Rev Clin Med Fam. 2015; 8(1): 1-3.
- ³ Scott R, McCarthy F, Jennett P, Perverseff T, Lorenzetti D, Saeed Aet al. Telehealth outcomes: a synthesis of the literature and recommendations for outcome indicators. J Telemed Telecare. 2007;13(2):1-38
- ⁴ Aibar C, Navarro C. Seguridad del paciente en Atención Primaria. En: Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J, eds. Gestión Sanitaria Calidad y seguridad de los pacientes. 2ª ed. Madrid: Fundación Mapfre, Ediciones Díaz de Santos; 2008.
- ⁵ Eymin G, Aizman A, Lopetegui M, Manjarrez E. Proceso de alta hospitalaria, revisión de la literatura. Rev Med Chile 2014; 142(2): 229-237.
- ⁶ Pizzi LT, Goldfarb NI, Nash DB. Promoting a Culture of Safety. En: Shojania KG, Duncan B W, McDonald KM, et al, eds. Making Health Care Safer: A critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Techynology Assessment No 43. AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality, 2001. p. 447-457.
- ⁷ Vincent C, Amalberti R. Seguridad del Paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura [Internet]. 1ª ed. Madrid: Editorial Modus Laborandi; 2016 [consultado el 27 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2016/presentacion-libro-15-diciembre/Seguridad_del_paciente.pdf

- ⁸ National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. Washington, DC: NQF; 2003.
- ⁹ National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare—2006 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2007.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2002 [consultado el 25 diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente [Internet]. <http://www.who.int>; 2005 [consultado el 25 diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- ¹² Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016;353:i2139.
- ¹³ Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Ruíz P. Estudio nacional de efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [consultado el 3 mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
- ¹⁴ Borrell-Carrió F, Páez C, Suñol R, Orrego C, Gil N, Martí M. Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38(1):25-32.
- ¹⁵ Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J, Orozco D, Terol E, et al. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consultado el 3 mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudioapeas.pdf>

- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Safer Primary Care. A global challenge. Summary of the inaugural meeting. The Safer Primary Care Expert Working Group [Internet]. Ginebra: OMS; 2012. [Consultado el 28 de diciembre de 2015]. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/safer_primary_care/en/index.html
- ¹⁷ National Quality Forum (NQF). Safe Practices for Better Healthcare–2010 Update: A Consensus Report. Washington, DC: NQF; 2010.
- ¹⁸ Astier-Peña M, Torijano-Casalengua M, Olivera-Cañadas G, Silvestre-Busto C, Agra-Varela Y, Maderuelo-Fernández J. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? Eur J Public Health. 2015;25(5):781-787.
- ¹⁹ Saura Llamas J. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria. 2010;42(11):539-540.
- ²⁰ Astier-Peña M, Torijano-Casalengua M, Olivera-Cañadas G. Prioridades en seguridad del paciente en Atención Primaria. Aten primaria; 2016;48(1):3–7.
- ²¹ Nightingale F. Notes on Hospitals: Being Two Papers Read Before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool, in October 1858. 1ª ed. Cambridge University Press; 2013.
- ²² Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE, et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit. 2006;20 Supl 1:41-47.
- ²³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Desarrollo de la estrategia de Seguridad del Paciente 2005 - 2011 [Internet]. 1ª ed. Madrid: MSSSI; 2012 [consultado el 29 de diciembre de 2016]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_sp_sns_2005_2011.pdf

- ²⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS). World Alliance for Patient Safety. Más que palabras: Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. Ginebra: OMS; 2009 [consultado el 3 mayo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- ²⁵ Brennan T, Leape L, Laird M, Hebert L, Localio R, Lawthers A, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991; 324:370-376.
- ²⁶ Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio R, Barnes B, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991; 324:377-384.
- ²⁷ Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
- ²⁸ Singh H, Meyer A, Thomas E. The frequency of diagnostic errors in outpatient care: estimations from three large observational studies involving US adult populations. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(9):727-731.
- ²⁹ Miranda M, Navarrete L. Semmelweis y su aporte científico a la medicina: Un lavado de manos salva vidas. *Rev Chil Infect*. 2008;25(1):54-57.
- ³⁰ Noakes T, Borresen J, Hew-Butler T, Lambert M, Jordaan E. Semmelweis and the aetiology of puerperal sepsis 160 years on: an historical review. *Epidemiol Infect*. 2008; 136 (1): 1-9.
- ³¹ Semmelweis IF. Die Aetiologie, der Begriff die Prophylaxis Kindbettfiebers. Pest: C.A. Hartleben's Verlags-Expedition; 1861.

- ³² Carter KC. Josef Skoda's Relation to the Work of Ignaz Semmelweis. *Medizinhist J.* 1984;19(4):335-347.
- ³³ Dunn P. Ignaz Semmelweis of Budapest and the prevention of puerperal fever. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2005;90:345-348.
- ³⁴ Ferretti J, Köhler W. History of Streptococcal Research. In: Ferretti, J, Stevens D, Fischetti V, ed. by. *Streptococcus pyogenes Basic Biology to Clinical Manifestations* [Internet]. 1st ed. Oklahoma City (OK): The University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016 [consultado el 2 de enero de 2017]. p. 1-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333430/>
- ³⁵ Pasteur, L. Sépticémie puerpérale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine.* 1879; 8: 271-274 y 505-508.
- ³⁶ Best M, Neuhauser D. Ignaz Semmelweis and the birth of infection control. *Qual Saf Health Care.* 2004; 13: 233-234.
- ³⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). World Alliance for Patient Safety. The Global Patient Safety Challenge 2005–2006 “Clean Care is Safer Care”. Ginebra: OMS; 2005. [consultado el 18 marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/en/>
- ³⁸ Gill J, Gill G. Nightingale in Scutari: Her Legacy Reexamined. *Clin Infect Dis.* 2005; 40 (12): 1799-1805. [consultado el 2 de enero de 2017]. Disponible en: <http://cid.oxfordjournals.org/content/40/12/1799.full.pdf+html>
- ³⁹ Shell C, Dunlap K. Florence Nightingale, Dr. Ernest Codman, American College of Surgeons Hospital Standardization Committee, and The Joint Commission: Four Pillars in the Foundation of Patient Safety. *Perioper Nurs Clin.* 2008;3(1):19-26.

- ⁴⁰ Nightingale F. I have done my duty. In: Goldie SM, editor. Florence Nightingale in the Crimean War, 1854–1856. Manchester: Manchester University Press; 1987.
- ⁴¹ Gore D, Gregory S. Historical perspective on medical errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. *J Am Coll Surg*. 2003; 197(4): 609-611.
- ⁴² Cabot R. A study of mistaken diagnoses based on the analysis of 1,000 autopsies and a comparison with the clinical findings. *JAMA*. 1910;55:1343-1350.
- ⁴³ Cabot R. Diagnostic pitfalls identified during a study of three thousand autopsies. *JAMA*. 1912;59:2295-2298.
- ⁴⁴ Gore D, Gregory S. Historical perspective on medical errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. *J Am Coll Surg*. 2003;197(4):609-611.
- ⁴⁵ Tabakman R. La salud en los medios. 1st ed. [Place of publication not identified]: IMedPub, Internet Medical Pub.; 2011.
- ⁴⁶ Zhan C. Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. *JAMA*. 2003;290(14):1868-1874.
- ⁴⁷ Phillips D, Christenfeld N, Glynn L. Increase in US medication-error deaths between 1983 and 1993. *The Lancet*. 1998;351(9103):643-644.
- ⁴⁸ Callahan M, Battleman D, Christos P, Whitelaw G, Efimba M. Economic Consequences of Renal Dysfunction among Cardiopulmonary Bypass Surgery Patients: A Hospital-Based Perspective. *Value in Health*. 2003;6(2):137-143.
- ⁴⁹ Edelsberg J, Ollendorf D, Oster G. Venous thromboembolism following major orthopedic surgery: review of epidemiology and economics. *Am J Health Syst Pharm*. 2001;58 58 (suppl 2) S4-S13.

- ⁵⁰ Ehsani J, Duckett S, Jackson T. The incidence and cost of cardiac surgery adverse events in Australian (Victorian) hospitals 2003–2004. *Eur J Health Econ.* 2007;8(4):339-346.
- ⁵¹ Council of the European Union. Council Recommendation of 9 June 2009 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. [Internet]. Brussels: Council of the European Union; 2009 [consultado el 5 de octubre de 2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_en.pdf.
- ⁵² Department of Health. An organisation with a memory Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS [Internet]. London: The Stationery Office, Department of Health; 2002 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>
- ⁵³ Brunner H, Conen D, Günter P, Von Gunten M, Huber F, Kehrer B et al. Towards a safe healthcare system: proposal for a national programme on patient safety improvement for Switzerland: pre-release [Internet]. Lucerne, Suiza: Expert Group “Patient Safety Improvement”; 2001. [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://swiss-q.admin.ch/pdf/Final_ReportE.pdf
- ⁵⁴ Building a Safer System. A National Integrated Strategy for Improving Patient Safety in Canadian Health Care [Internet]. Edmonton, Canada: National Steering Committee on Patient Safety; 2002 [consultado el 5 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/advocacy/building_a_safer_system_e.pdf
- ⁵⁵ Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian safety and quality goals for health care: Development and Consultation Report [Internet]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2011

[consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en:

<http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/08/Safety-and-Quality-Goals-Development-and-consultation-report.pdf>

- ⁵⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia en Seguridad del Paciente. Recomendaciones del Taller de Expertos celebrado el 8 y 9 de febrero de 2005 [Internet]. Madrid: MSSSI; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en:

http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2005/Estrategia_SP_Taller_Recomendaciones.pdf

- ⁵⁷ Donaldson L, Fletcher M. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. Med J Aust. 2006;184(10 Suppl):S69–72.

- ⁵⁸ Clean Care is Safer Care [Internet]. www.who.int; 2005[consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/en/>

- ⁵⁹ Safe Surgery [Internet]. www.who.int; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>

- ⁶⁰ Antimicrobial resistance [Internet]. www.who.int; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/en/>

- ⁶¹ Patients for Patient Safety [Internet]. www.who.int; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/

- ⁶² A taxonomy for Patient Safety [Internet]. www.who.int; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>

- ⁶³ Patient Safety Research [Internet]. www.who.int; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/en/>

- ⁶⁴ Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Methods and measures used in primary care patient safety research. Ginebra: World Health Organization; 2008. [consultado el 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf
- ⁶⁵ The nine Patient Safety Solutions [Internet]. www.who.int; 2007 [consultado el 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/events/07/02_05_2007/en/
- ⁶⁶ Organización Mundial de la Salud (OMS). Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: from information to action [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [consultado el 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://osp.od.nih.gov/sites/default/files/resources/Reporting_Guidelines.pdf
- ⁶⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 301, (17-12-2003).
- ⁶⁸ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2010 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2010 [consultado el 21 marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
- ⁶⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP). Primer Informe de Incidentes de Seguridad Notificados al Sistema Año 2013 [Internet]. Madrid: MSSSI; 2013 [consultado el 21 marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Sistema%20de%20Notificacion%20y%20aprendizaje.%20SiNASP%20%282013%29%20.pdf>
- ⁷⁰ Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de notificación y registro de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial 2005; 20(4): 216-222.

- ⁷¹ Barsky AJ. The Paradox of health. N Engl J Med. 1998; 318(7): 414-418.
- ⁷² Blumenthal D. Part 1: Quality of care-What is it? N Engl J Med. 1996; 335(12): 891-894.
- ⁷³ Brook R, McGlymn E. Measuring quality of care. N Engl J Med. 1996; 335(13): 966-970.
- ⁷⁴ Saturno J, O Quintana, J Varo. Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.
- ⁷⁵ Evans D, Edejer T, Lauer J, Frenk J, Murray C. Measuring Quality: From the System to the Provider. Int J Qual Health Care. 2001; 13(6): 439-446.
- ⁷⁶ Shaw C, Kalo I. A background for national quality policies in health systems, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2002.
- ⁷⁷ Suñol R, Bañeres J. Calidad Asistencial. Tratado de Medicina interna. 2ª edición. Barcelona: Masson; 2004.
- ⁷⁸ Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
- ⁷⁹ Revilla Ramos F. Dimensiones de la calidad en sanidad. 1st ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2014.
- ⁸⁰ A first class Service. Quality in the new NHS [Internet]. <http://www.nationalarchives.gov.uk/webarchive/>. 1998 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110322225724/www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902

- ⁸¹ Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. [Internet]. 1 ed. IOM; 2001 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <https://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>
- ⁸² Organización Mundial de la Salud (OMS). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. [Internet]. Copenhagen: OMS; 2008 [consultado el 5 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
- ⁸³ The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. 1st ed. Strasbourg: Council of Europe Pub.; 1998.
- ⁸⁴ Lavis J, Anderson G. Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. CMAJ. 1996;154(3):321-328.
- ⁸⁵ Sharpe V, Faden A. Appropriateness in patient care: a new conceptual framework. Milbank Q. 1996;74(1):115-138.
- ⁸⁶ Donabedian, A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol. II. The Criteria and Standards of Quality Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1982.
- ⁸⁷ Kohn L, Corrigan J, Donaldson S. To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
- ⁸⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. 1 ed. Ginebra: OMS; 2006 [consultado el 21 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf?ua=1

- ⁸⁹ Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, Glinos I. Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action [Internet]. 1st ed. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008 [consultado el 23 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf
- ⁹⁰ Aspden P, Corrigan J, Wolcott J, et al., editors. Patient safety: achieving a new standard for care. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
- ⁹¹ Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Mira J. Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes. Madrid: Fundación Mapfre. Ediciones Díaz de Santos; 2008.
- ⁹² Gandhi T. Safety Lessons from the NIH Clinical Center. N Engl J Med. 2016; 375:1705-1707.
- ⁹³ European Comission. Recomendaciones del Consejo sobre la seguridad de los pacientes, en particular la prevención y lucha contra las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Diario del Consejo de la Unión Europea 9 de junio de 2009 (2009/C 151/01). [Internet]. Brussels: European Commission; 2011. [consultado el 25 de noviembre de 2015] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/council_2009_es.pdf
- ⁹⁴ Vincent C. Patient safety. London: Churchill Livingstone; 2006.
- ⁹⁵ Sharpe V. Special Supplement: Promoting Patient Safety: An Ethical Basis for Policy Deliberation. The Hastings Center Report. 2003;33(5):S1.
- ⁹⁶ The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research [Internet]. Washington, D.C.: U.S. Department of Health & Human Services; 1978 [Internet]. 2015 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>

- ⁹⁷ Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. New York, N.Y.: Oxford University Press; 2001.
- ⁹⁸ Gracia D. Planteamiento general de la bioética, En: Vidal M, editor. Conceptos Fundamentales de Ética Teológica, Madrid: Trotta; 1992.
- ⁹⁹ Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989.
- ¹⁰⁰ Páez-Moreno R. La riqueza del principio de no maleficencia. Cir Gen. 2011; 33 (S2).
- ¹⁰¹ Gracia D. Primum non nocere: El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1990.
- ¹⁰² Simón-Lorda P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. Rev Calidad Asistencial 2002;17(4):247-259.
- ¹⁰³ Khatri N, Brown D, Hicks L. From a blame culture to a just culture in health care. Health Care Manage Rev. 2009; 34: 312-22.
- ¹⁰⁴ Hebert C, Levin V, Robertson G. Bioethics for clinicians: 23. Disclosure of medical error. CMAJ 2001;164:509-513.
- ¹⁰⁵ Gallagher T, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients: a time for professional action. Arch Intern Med. 2005;165(16):1819-1824.
- ¹⁰⁶ European Commission. Patient Safety – Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety [Internet]. 1st ed. Luxembourg: European Commission DG Health and Consumer Protection; 2005 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf

- ¹⁰⁷ Makary M, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. BMJ [Internet] 2016 [consultado 19 de diciembre de 2016]353:i2139. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- ¹⁰⁸ Error [Internet]. 23 ed. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Real Academia Española; 2014 [consultado el 21 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=G47B9qL>
- ¹⁰⁹ Beaty D. The naked pilot. 1st ed. Shrewsbury: AirLife; 1995.
- ¹¹⁰ Marx D. Maintenance error causation. Washington, DC: Federal Aviation Authority Office of Aviation Medicine; 1999.
- ¹¹¹ Medvedev G. The truth about Chernobyl. New York: Basic Books; 1991.
- ¹¹² Codman E. A Study in Hospital Efficiency: As Demonstrated by the Case Report of First Five Years of Private Hospital . Boston: Th. Tood Co.; 1918.
- ¹¹³ Brand R. Ernest Amory Codman, MD, 1869–1940. Clin Orthop Relat Res. 2009; 467(11): 2763–2765.
- ¹¹⁴ Dew L, Horine P, Schulingkamp R. Changing Culture of Hospital Accreditation and Compliance. ASA Monitor. 2014;78(5):52-54.
- ¹¹⁵ Neuhauser D. Ernest Amory Codman MD. Qual Saf Health Care. 2002;11:104-105.
- ¹¹⁶ Reason J. Human error. New York: Cambridge University Press; 1990.
- ¹¹⁷ Reason J. Safety in the operating theatre. Part 2: Human error and organisational failure. Current Anaesthesia & Critical Care. 1995;6(2):121-126.
- ¹¹⁸ Famolaro T, Yount N, Burns W, Flashner E, Liu H, Sorra J. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report [Internet]. 1st

- ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services; 2016 [consultado el 27 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf
- ¹¹⁹ Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot, Hants, England: Ashgate; 1997.
- ¹²⁰ Reason J. The Contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of Complex Systems. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 1990;327(1241):475-484.
- ¹²¹ Reason J. Human error: models and management. *BMJ.* 2000;320(7237):768-770.
- ¹²² Reason J, Carthey J, de Leval M. Diagnosing "vulnerable system syndrome": an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care.* 2001;10 Suppl 2:ii21-5.
- ¹²³ Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Saf Health Care.* 1995; 4:80-89.
- ¹²⁴ Reason J, Parker D, Lawton R. Organizational controls and safety: the varieties of rule-related behaviour. *J Occup Organ Psychol.* 1998;71:289-304.
- ¹²⁵ De Lorenzo R. Medicina defensiva vs. Seguridad clínica [Internet]. *Derecho Sanitario.* 2011 [consultado el 20 de diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://derechosanitario-rdl.blogspot.com.es>
- ¹²⁶ Rosenblatt R, Detering B. Changing patterns of obstetric practice in Washington State: the impact of tort reform. *Fam Med.* 1988;20:101-107.

- ¹²⁷ Studdert D, Mello M, Sage W, DesRoches C, Peugh J, Zapert K, Brennan T. Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. JAMA. 2005;293(21):2609-2617.
- ¹²⁸ Chavarria-Islas R, González-Rodríguez B. Medicina defensiva en un servicio de urgencias de adultos. CONAMED. 2008;13(4):20-28.
- ¹²⁹ Van Gerven E, Vander Elst T, Vandenbroeck S, Dierickx S, Euwema M, Sermeus W et al. Increased Risk of Burnout for Physicians and Nurses Involved in a Patient Safety Incident. Med Care. 2016;54(10):937-943.
- ¹³⁰ Erder E. Reviews and Notes: Ethics: Standard of Care: The Law of American Bioethics. Ann Intern Med 1994; 120(5): 448.
- ¹³¹ Rothberg M, Class J, Bishop T, Friderici J, Kleppel R, Lindenauer P. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. JAMA Intern Med. 2014;174(11):1867-1868.
- ¹³² Jena A, Schoemaker L, Bhattacharya J, Seabury S. Physician spending and subsequent risk of malpractice claims: observational study. BMJ. 2015;351:h5516.
- ¹³³ Scherz H, Oliver W. Defensive Medicine: A Cure Worse Than The Disease [Internet] 2013 [consultado el 20 de diciembre de 2016] Disponible en: <http://www.forbes.com/sites/realspin/2013/08/27/defensive-medicine-a-cure-worse-than-the-disease/#15d826b3358f>
- ¹³⁴ Freidson E. Profesionalism. The third logic. Chicago: The University of Chicago Press, 2001.
- ¹³⁵ Knight J. Doctor-To-Be: Coping With the Trials and Triumphs of Medical School. New York: Appleton-Century-Crofts, 1981.

- ¹³⁶ Association for Medical Education in Europe, Trondheim, Norway: 2007 Aug 25 e 29, <http://www.amee.org/>.
- ¹³⁷ Sandars J, Bax N, Mayer D, Wass V, Vickers R. Educating undergraduate medical students about patient safety: Priority areas for curriculum development. *Medical Teacher*. 2007;29(1):60-61.
- ¹³⁸ Patient safety curriculum guide. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2011.
- ¹³⁹ Halbach J, Sullivan L. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Acad Med*. 2005 Jun;80(6):600-606.
- ¹⁴⁰ Farnan J, Gaffney S, Poston J, Slawinski K, Cappaert M, Kamin B et al. Patient safety room of horrors: a novel method to assess medical students and entering residents' ability to identify hazards of hospitalisation. *BMJ Quality & Safety*. 2015;25(3):153-158.
- ¹⁴¹ Baldwin D, Daugherty S, Tsai R, Scotti M. A national survey of residents' self-reported work hours: thinking beyond specialty. *Acad Med*. 2003;78(11):1154-1163.
- ¹⁴² Baldwin D, Daugherty S. Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second-year residents. *Sleep*. 2004;27(2):217-222.
- ¹⁴³ González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MJ, Rial A, Lago-Deibe FI, Ramil-Hermida L, et al. Adverse Events Analysis As An Educational Tool To Improve Patient Safety Culture In Primary Care: A Randomized Trial. *BMC Fam Pract*. 2011;12:50. doi: 10.1186/1471-2296-12-50.
- ¹⁴⁴ González-Formoso C. La investigación de incidentes y eventos adversos como herramienta para mejorar la cultura de seguridad de pacientes [Doctorado]. Universidade da Coruña; 2016. Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/17751>

- ¹⁴⁵ Forster A, Murff H, Peterson J, Gandhi T, Bates D. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138(3):161-167.
- ¹⁴⁶ Aranaz J, Aibar C, Gea M, Teresa León M. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin.* 2004;123(1):21-25.
- ¹⁴⁷ Localio A, Lawthers A, Brennan T, Laird N, Hebert L, Peterson L et al. Relation between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence. *N Engl J Med.* 1991;325(4):245-251.
- ¹⁴⁸ Thomas E, Studdert D, Burstin H, Orav E, Zeena T, Williams E et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. *Medical Care.* 2000;38(3):261-271.
- ¹⁴⁹ Studdert D, Thomas E, Burstin H, Zbar B, Orav E, Brennan T. Negligent Care and Malpractice Claiming Behavior in Utah and Colorado. *Medical Care.* 2000;38(3):250-260.
- ¹⁵⁰ Forster A. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ.* 2004;170(8):1235-1240.
- ¹⁵¹ Baker G. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170(11):1678-1686.
- ¹⁵² Wilson RM1, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995;163(9):458-471.
- ¹⁵³ Davis P, Lay-Yee, Briant R. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J.* 2002;115(1167):U271.

- ¹⁵⁴ Davis P, Lay-Yee, Briant R. Adverse events in New Zealand public hospitals II: occurrence and impact. *N Z Med J*. 2003;116(1183):U624.
- ¹⁵⁵ Vincent C. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001;322(7285):517-519.
- ¹⁵⁶ Schiolier T, Lipezak H, Pederse BL et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*. 2001;163(39):5370-5378.
- ¹⁵⁷ Sari A, Sheldon T, Cracknell A, Turnbull A, Dobson Y, Grant C et al. Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(6):434-439.
- ¹⁵⁸ Michel P, Quenon J, Djihoud A, Tricaud-Vialle S, de Sarasqueta A. French national survey of inpatient adverse events prospectively assessed with ward staff. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(5):369-377.
- ¹⁵⁹ Williams D, Olsen S, Crichton W, Witte K, Flin R, Ingram J. Detection of adverse events in a Scottish hospital using a consensus-based methodology. *Scott Med J*. 2008;53:26-30.
- ¹⁶⁰ Mansoa A, Vieira C, Ferrinho P, Nogueira P, Varandas L. Eventos adversos na prestação de cuidados hospitalares em Portugal no ano de 2008. *Rev Port Saúde Pública*. 2011;29(2):116-122.
- ¹⁶¹ Tartaglia R, Albolino S, Bellandi T, Bianchini E, Biggeri A, Fabbro G, et al. Adverse events and preventable consequences: retrospective study in five large Italian hospitals. *Epidemiol Prev*. 2012;36(3-4):151-161.
- ¹⁶² Zegers M, de Bruijne MC, Wagner C, Groenewegen PP, Waaijman R, van der Wal G. Design of a retrospective patient record study on the occurrence of adverse events among patients in Dutch hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:27.

- ¹⁶³ Zegers M, de Bruijne M, Wagner C, Hoonhout L, Waaijman R, Smits M et al. Adverse events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals: results of a retrospective patient record review study. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(4):297-302.
- ¹⁶⁴ Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(4):285-291.
- ¹⁶⁵ Aranaz J, Aibar C, Limon R, Amarilla A, Restrepo F, Urroz O et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf*. 2011;20(12):1043-1051.
- ¹⁶⁶ Montserrat-Capella D, Suárez M, Ortiz L, Mira JJ, Duarte HG, Reveiz L. Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(1):52-59.
- ¹⁶⁷ Aranaz J, Aibar C, Vitaller J, Requena J, Terol E, Kelley E et al. Impact and preventability of adverse events in Spanish public hospitals: results of the Spanish National Study of Adverse Events (ENEAS). *Int J Qual Health Care*. 2009;21(6):408-414.
- ¹⁶⁸ Aranaz J, Aibar C, Limon R, Mira J, Vitaller J, Agra Y et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *Eur J Public Health*. 2011;22(6):921-925.
- ¹⁶⁹ Lainer M, Vögele A, Wensing M, Sönnichsen A. Improving medication safety in primary care. A review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract*. 2015;21 Suppl:14-18.

- ¹⁷⁰ Weaver D. Symptoms of operational error. Professional Safety . 1971;16(10):17-23.
- ¹⁷¹ International Atomic Energy Agency (IAEA). Summary report on the Post-Accident Review Meeting on the Chernobyl Accident. 1st ed. Viena: IAEA; 1986.
- ¹⁷² The Chernobyl accident: Updating of INSAG-1. INSAG-7 [Internet]. 1st ed. International Nuclear Safety Advisory Group; 1992 [cited 27 December 2016]. Disponible en:
http://www-pub.iaea.org/mtcd/publications/pdf/pub913e_web.pdf
- ¹⁷³ The Chernobyl accident. 1st ed. Vienna: International Atomic Energy Agency; 1992.
- ¹⁷⁴ International Atomic Energy Agency (IAEA). Análisis Probabilista de Seguridad de Tratamientos de Radioterapia con Acelerador Lineal [Internet]. 1st ed. Viena: IAEA; 2012 [consultado el 7 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/TE_1670_S_web.pdf
- ¹⁷⁵ Meshkati N. National Cultures, Safety Culture and Severe Accidents [Internet]. 1st ed. Viena: IAEA; 2014 [consultado el 7 de enero de 2017]. Disponible en:
https://gnssn.iaea.org/NSNI/SC/WS_GSC/Presentations/14%20Meshkati_Najm_National%20Cultures,%20Safety%20Culture%20and%20Severe%20Accidents.pdf
- ¹⁷⁶ Labib A, Champaneri R. The Bhopal disaster – learning from failures and evaluating risk [Internet]. 1st ed. Maintenance & Asset Management; 2012 [consultado el 7 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www.maintenanceonline.co.uk/maintenanceonline/content_images/Pages%2041,%2042,%2043,%2044,%2045,%2046,%2047.pdf

- ¹⁷⁷ Martínez-Oropesa C, Cremades L. Liderazgo y cultura en seguridad: su influencia en los comportamientos de trabajo seguros de los trabajadores. Salud trab. (Maracay) 2012;20(2): 179-192.
- ¹⁷⁸ Alvesson M. Cultural Perspectives on Organization. 1st ed. Cambrige: University Press; 1993.
- ¹⁷⁹ Aeropuertos Españoles y Navegación Aérea (AENA). Libro Blanco de la Cultura de Seguridad [Internet]. 1st ed. Madrid: AENA; 2010 [consultado el 3 de enero de 2017]. Disponible en:
<http://www.enaire.es/csee/Satellite/SeguridadOperacionalNA/es/Page/1228215412750/1228215409292/Libro-Blanco-de-la-Cultura-de-Seguridad.html>
- ¹⁸⁰ Saari J. Prevención de accidentes: Introducción. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo [Internet]. 3rd ed. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo (OIT); 2012 [consultado el 7 de enero de 2017]. p. 2252-2253. Disponible en:
<http://www.insht.es/portal/site/insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=a981ceffc39a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=9f164a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
- ¹⁸¹ Gadd S, Collins A. Safety Culture: A review of the literature HSL/2002/25 [Internet]. 1st ed. Sheffield: Human Factors Group, Health and Safety Executive; 2002 [consultado el 4 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2002/hsl02-25.pdf
- ¹⁸² Terol E, Agra Y. Estrategia en seguridad del paciente del sistema nacional de salud. Med Clin 2008;131 Supl 3:1-3.
- ¹⁸³ Agencia Estatal de Seguridad Aérea. Cultura Justa. Número: MG -2015 /001/ 1.0 [Internet]. 1st ed. Madrid: Agencia Estatal de Seguridad Aérea; 2015 [consultado el 4 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www.seguridadaerea.gob.es/media/4334448/mg_2015_001.pdf

- ¹⁸⁴ Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. La seguridad del paciente en siete pasos. Edición en español. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [consultado el de 3 mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
- ¹⁸⁵ Forum of End Stage Renal Disease Networks, National Patient Safety Foundation, Renal Physicians Association, Renal Physicians Association. National ESRD Patient Safety Initiative: Phase II Report. Chicago: National Patient Safety Foundation; 2001.
- ¹⁸⁶ ACSNI Study Group on Human Factors. Organising for Safety (Third Report to Health and Safety Commission. ACSNI Study Group on Human Factors, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations). London: Health and Safety Commission; 1993.
- ¹⁸⁷ Pizzi L, Goldfarb N, Nash D. Procedures for obtaining informed consent. In: Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology. Assessment, Number 43. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001.
- ¹⁸⁸ Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care, Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005.
- ¹⁸⁹ National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. The full reference guide. 2nd ed. Londres: National Patient Safety Agency; 2004.
- ¹⁹⁰ Recommendation Rec(2006)7. Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th Meeting of the Ministers' Deputies – Of the Council of Europe Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 2006.

- ¹⁹¹ Consejería de Sanidad de Andalucía. Estrategia para la seguridad del paciente [Internet]. 1st ed. Sevilla: Consejería de Sanidad de Andalucía; 2015 [consultado el 9 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/estrategia_seguridad_paciente/estrategia_seguridad_paciente.pdf
- ¹⁹² Germán S, Navajas J, Silla I. Uso de Cuestionarios en Estudios de Cultura de Seguridad en Organizaciones de Alta Fiabilidad. Revisión de la Literatura y una Aplicación en el Sector Nuclear Español [Internet]. 1st ed. Centro de Investigaciones Energéticas, Medioambientales y Tecnológicas (CIEMAT), Ministerio de Economía y Competividad; 2014 [consultado del 20 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www.iaea.org/inis/collection/NCLCollectionStore/_Public/46/017/46017601.pdf
- ¹⁹³ Colla J. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care. 2005;14(5):364-366.
- ¹⁹⁴ Flin R. Measuring safety climate in health care. Qual Saf Health Care. 2006;15(2):109-115.
- ¹⁹⁵ European Network for Patient Safety. Use of Patient Safety Culture Instruments and Recommendations [Internet]. 1st ed. Aarhus N, Denmark: European Commission. Public Health Programme; 2010 [consultado el de 3 mayo de 2015]. Disponible en:
http://ns208606.ovh.net/~extranet/images/EUNetPaS_Publications/eunetpas-report-use-of-psci-and-recommandations-april-8-2010.pdf
- ¹⁹⁶ Pronovost P, Weast B, Bishop K, Paine L, Griffith R, Rosenstein BJ, et al.. Senior executive adopt-a-work unit: a model for safety improvement. Jt Comm J Qual Saf 2004, 30:59-68.

- ¹⁹⁷ Nieva V, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Qual Saf Health Care*. 2003;12 Suppl 2:ii17- 23.
- ¹⁹⁸ Guldenmund F. (Mis)understanding Safety Culture and Its Relationship to Safety Management. *Risk Analysis*. 2010;30(10):1466-1480.
- ¹⁹⁹ Cooper DM. Towards a model of safety culture. *Safety Science*. 2000;36(2):111-136.
- ²⁰⁰ Choudhry R, Fang D, Mohamed S. The nature of safety culture: A survey of the state-of-the-art. *Safety Science*. 2007;45(10):993-1012.
- ²⁰¹ Guldenmund F. The nature of safety culture: a review of theory and research. *Safety Science*. 2000;34(1-3):215-257.
- ²⁰² Reiman T, Oedewald P. Measuring maintenance culture and maintenance core task with CULTURE-questionnaire—a case study in the power industry. *Safety Science*. 2004;42(9):859-889.
- ²⁰³ Flin R. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*. 2007;45(6):653-667.
- ²⁰⁴ Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB: Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005;14:364-366.
- ²⁰⁵ Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *N Z Med J*. 2010;123(1314):68-78.
- ²⁰⁶ Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):338-343.
- ²⁰⁷ Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *N Z Med J*. 2010 May 14;123(1314):68-78.

- ²⁰⁸ Frazier CB, Ludwig TD, Whitaker B, Roberts DS. A hierarchical factor analysis of a safety culture survey. *J Safety Res.* 2013;45:15-28.
- ²⁰⁹ Pumar-Méndez MJ, Attree M, Wakefield A. Methodological aspects in the assessment of safety culture in the hospital setting: a review of the literature. *Nurse Educ Today.* 2014;34(2):162-170.
- ²¹⁰ Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(5):364-6.
- ²¹¹ Institute for Safe Medication Practices. ISMP Medication Safety Self-Assessment for hospitals [Internet] 2004. [consultado el de 6 diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ismp.org/selfassessments/Hospital/2004Hosplrg.pdf>
- ²¹² Sorra J, Nieva VF. Psychometric analysis of MERS-TM Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002.
- ²¹³ Voluntary Hospitals of America. Strategies for Leadership: An Organizational Approach to Patient Safety [Internet]. American Hospital Association; 2002 [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aha.org/aha/content/2002/pdf/VHAtool.pdf>
- ²¹⁴ Weingart S, Farbstein K, Davis R et al. Using a multihospital survey to examine the safety culture. *Jt Comm J Qual Saf.* 2004 Mar;30(3):125-32.
- ²¹⁵ Burr M, Sorra J, Nieva V. Analysis of the Veterans Administration (VA) National Center for Patient Safety (NCPS) FY 2000 Patient Safety Questionnaire. 1st ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2002.

- ²¹⁶ Sorra J, Nieva V. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2004.
- ²¹⁷ Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Serv Res*. 2006; 6:44.
- ²¹⁸ Flin R, Burns C, Mearns K, Yule S, Robertson EM. Measuring safety climate in health care. *Qual Saf Health Care*. 2006;15(2):109-115.
- ²¹⁹ Robb G, Seddon M. Measuring the safety culture in a hospital setting: a concept whose time has come? *NZMJ*. 2010; 123 (1313):66-76.
- ²²⁰ Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(4):338-343.
- ²²¹ Singer S, Meterko M, Baker L, Gaba D, Falwell A, Rosen A. Workforce Perceptions of Hospital Safety Culture: Development and Validation of the Patient Safety Climate in Healthcare Organizations Survey. *Health Serv Res*. 2007;42(5):1999-2021.
- ²²² Ginsburg L, Gilin D, Tregunno D, Norton P, Flemons W, Fleming M. Advancing Measurement of Patient Safety Culture. *Health Serv Res*. 2009;44(1):205-224.
- ²²³ Etchegaray J, Thomas E. Comparing two safety culture surveys: Safety Attitudes Questionnaire and Hospital Survey on Patient Safety. *BMJ Qual Saf*. 2012;21(6):490-498.
- ²²⁴ Modak I, Sexton J, Lux T, Helmreich R, Thomas E. Measuring Safety Culture in the Ambulatory Setting: The Safety Attitudes Questionnaire—Ambulatory Version. *J Gen Intern Med*. 2007;22(1):1-5.

- ²²⁵ Kirk S, Parker D, Claridge T, Esmail A, Marshall M. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(4):313-320.
- ²²⁶ Medical Office Survey on Patient Safety [Internet]. 1st ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2008 [consultado el 27 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://www.patientsafetygroup.org/program/media/mocult_guide.pdf
- ²²⁷ Torijano-Casalengua M, Olivera-Cañadas G, Astier-Peña M, Maderuelo-Fernández J, Silvestre-Busto C. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en España. *Aten Primaria*. 2013;45(1):21-37.
- ²²⁸ Speber A. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*. 2004;126:S124-128.
- ²²⁹ Informe Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010. Balance de actividades y acciones previstas. Ministerio de Sanidad y Política Social. [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; [consultado el 3 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidad_ESP.pdf
- ²³⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020 [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado el 10 de enero de 2017]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>
- ²³¹ Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política

- Social, 2009; [consultado el 3 de mayo de 2015]. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_a_mbito_hospitalario.pdf
- ²³² Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente de los profesionales de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud Español [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; [consultado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en:
<http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2014/ANALISIS%20DE%20LA%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20%20DEL%20PACIENTE%20EN%20ATENCION%20PRIMARIA.PDF>
- ²³³ Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):369-374.
- ²³⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia 8: mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. 1st ed. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [consultado el 10 de enero de 2017]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/ec_pnc03.htm
- ²³⁵ Consellería de Sanidade de Galicia. Estrategia SERGAS 2014. La sanidad pública al servicio del paciente [Internet]. 1st ed. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade de Galicia; 2014 [consultado el 15 de diciembre de 2016]. Disponible en:
http://www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
- ²³⁶ Briones G. Métodos y Técnicas de Investigación para las Ciencias Sociales. México DF: Ed. Trillas. 1995.
- ²³⁷ Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) [Internet]. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009;

- [consultado el 3 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organización/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
- ²³⁸ Silvestre C, Torijano M, Olivera G, Astier M, Maderuelo J, Rubio E. Adaptación de la herramienta del cuestionario Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC). Rev Calidad Asistencial 2015;30:24-30.
- ²³⁹ Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2013 [consultada 8 Abr 2014]. Hospital survey on patient safety culture. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- ²⁴⁰ Martínez-Ortega RM, Tuya-Pendás LC, Martínez-Ortega M, Pérez-Abreu A, Cánovas AM. El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman. Caracterización. Rev haban cienc méd. 2009;8:10-14.
- ²⁴¹ Soler-Cárdenas SF, Lisbet Soler-Pons L. Usos del coeficiente alfa de Cronbach en el análisis de instrumentos escritos. Rev Med Electrón. 2012;1:1-6.
- ²⁴² Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. ...Y facultativos residentes, ahora cuantos hay? [Internet]. 1st ed. Granada: Centro Estudios Cesm; 2017 [consultado el 17 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2017/04/MIR-Espa%C3%B1a-abril-2017-2.pdf>
- ²⁴³ Arrizabalga P, Valls-Llobret C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clin (Barc) 2005; 125: 103-107.
- ²⁴⁴ Vázquez Vega P, Albert López-Ibor R. La feminización de las profesiones sanitarias. 1st ed. Bilbao: Fundación BBVA; 2010.
- ²⁴⁵ Organización Médica Colegial. Encuesta sobre la situación del Médico de Atención Primaria 2015. 1st ed. Madrid: OMC; 2014 [consultado el 15 de diciembre de 2016]. Disponible en:

http://opem.fphomc.es/sites/default/files/resultados_estudio_medicos_ap_conseguencias_recortes.pdf

- ²⁴⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud: Organización General de la Atención Primaria en las Comunidades Autónomas. 1st. Madrid: MSSSI; 2010 [consultado el 22 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Organizacion_General_de_la_AP_2010.pdf
- ²⁴⁷ Xunta de Galicia. Propuestas de transformación de la Atención Primaria de Galicia. Informe técnico. 1st. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.; 2009 [consultado el 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf>
- ²⁴⁸ Servicio de Salud del Principado de Asturias. Requisitos de acreditación de los centros de salud integrados en una Unidad Docente de MFyC. [internet] [consultado el 14 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Formacion/AS_Postrado/Requisitos_centro_salud_docente.pdf
- ²⁴⁹ Xunta de Galicia. Plan de mellora da Atención Primaria de Galicia. [internet] [consultado el 14 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.sergas.es/cas/documentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PresentPlanMelloraAP.pdf>
- ²⁵⁰ Brugos Larumbe A, Guillem Grima F, Mallor Jiménez F, Fernández Martínez de Alegría C. Modelos explicativos y predictivos de la carga asistencial médica: aplicación para el cálculo del cupo máximo en medicina de familia que permita un mínimo de diez minutos por consulta. Atención Primaria 2006;32(1):23-29.

- ²⁵¹ Frias Navarro D. Alfa de Cronbach y consistencia interna de los ítems de un instrumento de medida. [internet] [consultado el 18 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- ²⁵² Rodríguez-Cogollo R, Paredes-Alvarado I, Galicia-Flores T, Barrasa-Villar J, Castán-Ruiz S. Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. Rev Calid Asist. 2014;29:143-149.
- ²⁵³ Jaraba Becerril C, Sartolo Romeo M, Villaverde Royo M, Espuis Albas L, Rivas Jiménez M. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario. An Sist Sanit Navar. 2013;36:471-477.
- ²⁵⁴ Sorra J, Famolaro T, Scott S, Liu H, Ragan M. Medical office survey on patient safety culture. 2012 User comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2012. [consultado el 14 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2012/mosurvey12pt1.pdf>
- ²⁵⁵ Famolaro T, Dyer N, Hare R, Thornton S, Sorra J. Medical office survey on patient safety culture: 2016 User comparative database report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services; 2016. [consultado el 14 de abril de 2017]. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2016/mosurvey2016pt1.pdf>
- ²⁵⁶ Wet C, Johnson P, Mash R, McConnachie A, Bowie P. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 18 (2012) 135–142.

- ²⁵⁷ Delgado A. El papel del género en la relación médico-paciente. *FMC* 1999;6(8):509-516.
- ²⁵⁸ Delgado A, López-Fernández LA, Luna JD. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Aten Prim* 2001;28(4):219-226.
- ²⁵⁹ Riska E. Towards gender balance: but will women physicians have an impact on medicine? *Soc Sci Med* 2001;52:179-187.
- ²⁶⁰ Ortiz-Gómez T, Birriel-Salcedo J, Ortega-del Olmo R. Género, profesiones sanitarias y salud pública. *Gac San* 2004;18(Suppl 1):189-194.
- ²⁶¹ Tsugawa Y, Jena AB, Figueroa JF, Orav EJ, Blumenthal DM, Jha AK. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates for Medicare Patients Treated by Male vs Female Physicians. *JAMA Intern Med.* 2017;177(2):206-213.
- ²⁶² Klein JG. Five pitfalls in decisions about diagnosis and prescribing. *BMJ* 2005;330;781-783.
- ²⁶³ Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351:1829-1837.
- ²⁶⁴ Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-1848
- ²⁶⁵ Huxley A. *Texts & Pretexts: An Anthology With Commentaries*. 1st ed. Nueva York y Londres: Harper and Brothers Publishers; 1933. Disponible en: <https://archive.org/details/text00huxl>
- ²⁶⁶ Mingote Adán JC, Gálvez Herrer M. El estrés del médico residente en Urgencias. *emergencias* 2007;19:111-112.

- ²⁶⁷ Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014;21(2):55-57.
- ²⁶⁸ Firth-Cozens J, Morrison M. Sources of stress and ways of coping in junior house officers. *Stress Medicine* 1989;5:121-126.
- ²⁶⁹ Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust; 1971
- ²⁷⁰ Brotons Cuixart C. Medicina basada en la evidencia: un reto para el siglo XXI. *Med Clín (Barc)* 1998; 111; 552-557.
- ²⁷¹ Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Brian Haynes R, Scott Richardson W. Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72.
- ²⁷² Eddy DM. Variations in physician practice: the role of uncertainty. *Health affairs.* 1984; (3)2: 74-89.
- ²⁷³ Eddy D, Billings J. The quality of medical evidence: implications for quality of care. *Health Affairs.* 1988;7(1):19-32.
- ²⁷⁴ Del Fiol G, Workman TE, Gorman PN. Clinical questions raised by clinicians at the point of care. A systematic review. *JAMA Intern Med.* 2014;174:710-718.
- ²⁷⁵ Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics.* 1992 Sep; 18(3): 117-8, 134.
- ²⁷⁶ Gervas J, Serrano E. Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia, capítulo 11 del libro VV.AA., *Expectativas y realidades en la atención primaria española.* Madrid: Ediciones GPS; 2010. p. 247-249.

- ²⁷⁷ Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre N, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia, España. *Aten Fam* 2014; 21 (3):77-82.
- ²⁷⁸ Roqueta E, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias*. 2011;23:356-364.
- ²⁷⁹ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Estructuras Organizativas de Gestión Integrada. [Internet] 2010 [consultado 13 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/As-sete-estruturas-de-Galicia?idioma=es>
- ²⁸⁰ Tomás S, Gimena I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2010 [citado 2017 Abr 17] ; 33(Suppl 1): 131-148. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015&lng=es.
- ²⁸¹ Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. TELEA: Plataforma de teleasistencia domiciliaria. [Internet] 2016 [consultado 20 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Hospital-2050---Innova-Saude/IS-TELEA?idioma=es>
- ²⁸² Lang S, Velasco Garrido M, Heintze C. Patients' views of adverse events in primary and ambulatory care: a systematic review to assess methods and the content of what patients consider to be adverse events. *BMC Fam Pract*. 2016;17:6.
- ²⁸³ Larizgoitia I, Bouesseau M-C, Kelley E. WHO Efforts to Promote Reporting of Adverse Events and Global Learning. *J Public health Res*. 2013;2(3):e29.
- ²⁸⁴ Conry MC, Humphries N, Morgan K, McGowan Y, Montgomery A, Vedhara K, et al. A 10 year (2000-2010) systematic review of interventions to improve quality of care in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):275.

- ²⁸⁵ Verbakel NJ, Langelaan M, Verheij TJ, Wagner C, Zwart DL. Effects of patient safety culture interventions on incident reporting in general practice: a cluster randomized trial. *Br J Gen Pract*. 2015;65(634):e319–329.
- ²⁸⁶ Wong BM, Etchells EE, Kuper A, Levinson W, Shojania KG. Teaching Quality Improvement and Patient Safety to Trainees: A Systematic Review. *Acad Med*. 2010;85(9):1425–1439.
- ²⁸⁷ Sistema para la Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente SINASP [Internet] 2016 [consultado el 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.sinasp.es>
- ²⁸⁸ Utili-Ramírez F. Simulación en el aprendizaje, práctica y certificación de las competencias en medicina. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas* [Internet] 2007 [consultado 17 de diciembre de 2016] 36(2):152-163. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v36i2.154>
- ²⁸⁹ Ibáñez-Anrique L. La educación médica hoy. *ARS MEDICA Rev de Ciencias Médicas* [Internet] 2016 [consultado 17 de diciembre de 2016] 41(2):3-4. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v41i2.395>
- ²⁹⁰ Kassam A, Sharma N, Harvie M, O'Beirne M, Topps M. Patient safety principles in family medicine residency accreditation standards and curriculum objectives: Implications for primary care. *Can Fam Physician*. 2016;62(12):e731-e739.
- ²⁹¹ Fallowfield L. Communication with patients after errors. *J Health Serv Res Policy*. 2010; 15:56-59.
- ²⁹² Ruedinger E, Olson M, Yee J, Borman-Shoap E, Olson A. Education for the Next Frontier in Patient Safety: A Longitudinal Resident Curriculum on Diagnostic Error. *Am J Med Qual*. 2016. pii: 1062860616681626. [Epub ahead of print]

- ²⁹³ Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Boletín Oficial del Estado, núm. 150 (3 de mayo de 2005).
- ²⁹⁴ Sánchez Fernández J, Muñoz Leiva F, Montoro Ríos FJ. ¿Cómo mejorar la tasa de respuesta en encuestas on line? Revista de Estudios Empresariales. 2009;2:45-62.

